

Reforma sanitaria: Política de Estado en salud	Titulo
Recalde, Felipe - Autor/a;	Autor(es)
Asunción	Lugar
BASE Investigaciones Sociales	Editorial/Editor
1999	Fecha
Documento de Trabajo no. 98	Colección
Reforma del sistema de salud; Descentralización; Salud pública; Salud; Reforma sanitaria; Paraguay;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Paraguay/base-is/20120917034203/Doc98.pdf	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



Documento N° 98

**Reforma Sanitaria:
Política de Estado
en Salud**

Felipe Recalde

BASE Investigaciones Sociales
Asunción, Paraguay
Febrero, 1999



investigaciones sociales

Ayolas 807 esq. Humaitá - Casilla de Correo 2917 - Asunción, Paraguay
Tel: (595 21) 451 217 - Fax: (595 21) 498 306 - baseis@baseis.org.py

El reto al que nos enfrentamos hoy es indelegable. Los ciudadanos debemos hablar de la salud, de cómo se mantiene, y se la pierde. Cómo se regula la entrega de servicios y de su calidad. Estas notas buscan motivar el debate y con más suerte que ingenio, generar las bases para una política de estado en salud. Las escasas referencias al estado del arte en la reforma en otras sociedades, tienen el propósito de recordar la necesidad de nuestra apertura al mundo externo.

Dr. Felipe Recalde

Contenido

Presentación	4
1. La salud Pública en la política de Estado.....	5
1.1 La Política de Estado.....	5
1.2 La salud pública.....	6
2. Las deudas en Salud Pública.....	7
2.1. La situación se salud.....	7
2.2. Situación de los Servicios de Salud.....	8
3. Nuevos desafíos en la salud pública.....	17
3.1. La globalización en salud.....	17
3.2. Nuevos paradigmas en la Política Social.....	18
3.3. La descentralización.....	20
3.4. La descentralización en países desarrollados.....	20
3.5. La descentralización en América Latina.....	21
3.6. La descentralización en Paraguay.....	22
4. La reforma de los sistemas de salud.....	24
4.1. Las reformas en los Países Desarrollados.....	24
4.2. Las reformas en América Latina.....	25
4.3. La Situación de la Reforma Sanitaria en Paraguay.....	26
5. Principios y valores para una política de Estado.....	35
5.1. La promoción de la Salud.....	35
5.2. Principios para la reforma.....	36
6. Hacia la Reforma Sanitaria como política de Estado.....	38
6.1. Pensar en el futuro.....	38
6.2. Los policy makers.....	39
6.3. La tecnología de planificación.....	39
6.4. La reforma del Estado.....	40
Bibliografía.....	40

Presentación

La oportunidad inédita de contribuir al diseño de un programa del Gobierno de Unidad Nacional ubicaba al autor en la disposición para sumarse a quienes desean **constituir un estado democrático** y eficiente para un país prospero, y **construir el poder ciudadano** con **una ideología** que relacione y guíe la acción del gobierno y la sociedad. Esa fue la primera intención para intentar en gruesos trazos describir la situación de salud en el Paraguay.

Desde un comienzo se ha considerado que las ideas y los hechos aquí expuestos podían ser los mediadores de una nueva mirada y un pacto tantas veces intentado sobre los cambios que queremos para la salud. Una lectura instrumental de estas políticas de salud reducirá las propuestas a una respuesta tecnocrática a las necesidades de la gente. Si por el contrario se percibe la intencionalidad política que considera al estado autoritario como la institución que por tanto tiempo ha excluido a los ciudadanos de la satisfacción de los derechos, se podrá reconocer que la sociedad civil, parte de ese Estado, tiene todavía posibilidades de hacer opciones en relación al mercado y el poder. La salud es una construcción social y el Estado Social de Derecho el garante de su vigencia.

Desde las consideraciones iniciales sobre las políticas de Estado y los fines de la Salud Pública, pasa a describir la situación de la salud y los servicios en el país, sin dejar de lado el contexto de la globalización y el fuerte impacto que ésta causa en la salud de la gente. Las notas revisan muy brevemente las principales características de las llamadas “reformas sanitarias” relatando su inicio en el Paraguay.

Los capítulos finales tratan de la promoción de la salud, como el instrumento que puede servir de nexo entre el proyecto político de cambio sanitario y la base de apoyo del mismo, y los principios que deben guiar dichas transformaciones desde la ética social. Hablar de la salud es lo primero, si el presente documento lo motiva habrá cumplido su misión.

BASE Investigaciones Sociales

1. LA SALUD PUBLICA EN LA POLITICA DE ESTADO

1.1 La Política de Estado

Más que la repetición de los contenidos de programas de un periodo gubernativo a otro, entendemos la política de Estado como el conjunto predominante de iniciativas, repuestas y acciones que manifiesta una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión, caracterizada por una direccionalidad y orientación normativa contextualizada en un momento histórico (Oslak, O. y O'Donnell). Estas “altas políticas” están referidas éstas al mantenimiento de un núcleo de valores y objetivos del estado a largo plazo, y diferenciadas de las “bajas políticas”, decisiones éstas que no representan aspectos fundamentales de los intereses del estado nacional, aunque tengan un significado para grupos determinados de la sociedad. Así, las políticas de estado por el tipo de política corresponderían a las macropolíticas o políticas sistémicas, que se diseñan e implementan a nivel gubernamental nacional, o subnacional lideradas por la jefatura del ejecutivo. El Ministerio de Salud aunque regula el dominio de las micropolíticas o políticas sectoriales, participa también junto a otras instituciones del diseño, ejecución y evaluación de las políticas de estado o macropolíticas (Walt, 1994).

La permanencia de una definición de política de estado por un largo periodo no implica su fijeza (excepto por su coherencia con aquel núcleo de valores antes citado) sino la flexibilidad para ser adaptada según las circunstancias cambiantes. Otra característica importante es que éstas políticas están habitualmente ubicadas en el dominio del gobierno y convertidas en ley a su paso por las legislaturas.

El límite más amplio de la comprensión del concepto está dado por lo que puede denominarse como proyecto social que tiene el significado de una visión de país, con una estructura coherente de propósitos y una imagen objetivo hacia el futuro más lejano. Por otro lado la política de Estado es más amplia que el proyecto operativo denominado habitualmente como plan de gobierno, que adquiere la estructura de proyecto, como proceso técnico y político aplicado a una coyuntura económico- social. De esa forma, una política de Estado es la definición más concreta de un proyecto social y se traduce en políticas de gobierno aplicables a las coyunturas cambiantes en periodos mas cortos (Matus, 1993). Otra característica de las políticas de Estado es, en las sociedades democráticas, la necesidad de contar con algún nivel de consenso de las fuerzas políticas en su definición y la necesidad de su legitimación en respuesta a necesidades sentidas y vocalizadas por la ciudadanía

En éstas notas cuando hablamos de política lo hacemos en el sentido de la política pública (policy) y cuando se trate de la política de partidos (politics) la calificaremos expresamente como tal. Recordemos que al menos se reconocen tres acepciones de la política: asignación autoritaria de valores en la sociedad, marco de reglas de autoridad y como resultado de acciones gubernativas. Por otro lado se mencionan que las políticas pueden ser: distributivas, redistributivas, regulatorias y

autorregulatorias (Salisbury, 1968). En adelante, al referirnos a la salud pública como política de Estado estaremos refiriéndonos al significado expresado esquemáticamente como:

Conjunto predominante de respuestas y acciones

- a. Con determinada modalidad de intervención del estado
- b. De direccionalidad y orientación normativa
- c. Contextualizada en un momento histórico
- d. Referida al mantenimiento de valores sociales significativos para la nación
- e. Flexible en su aplicación según coyunturas
- f. Surgidas de un consenso básico entre fuerzas políticas y actores sociales

En 1998 la Secretaría Técnica de Planificación enunciaba lo que denomina la Agenda-País: *“temas que por su importancia y maduración en el tiempo requieren la estabilidad de las políticas publicas y en consecuencia se necesita un acuerdo nacional que involucre a las principales fuerzas políticas y a los principales grupos de poder del país”*

A título enunciativo el documento señala como potenciales políticas de Estado las reformas de la Constitución Nacional, las reformas de los poderes de Estado, las reformas judiciales, la reforma agraria, la reconfiguración departamental y municipal, el rol de las fuerzas armadas, la ley de los partidos políticos, el combate a la pobreza y la política social, el combate a la corrupción y un plan de ordenamiento territorial (STP, 1998). Debemos agregar nosotros, que una de esas políticas de estado es la reforma de la salud pública inserta dentro de la política social.

1.2 La salud pública

Esta disciplina científica, es al mismo tiempo una forma de intervención social que no por haber pasado por una profunda crisis, ha abandonado lo que se ha dado en reconocer como las funciones esenciales de la salud publica. En las sociedades democráticas, en especial a fines de siglo, cuando más se constatan los progresos de las ciencias bio-médicas, y la importancia de la conducta individual y social en el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones humanas se mantiene un acuerdo básico: las funciones de la salud pública. Estas funciones permanecen inalteradas y son: el seguimiento de las condiciones de salud, la protección del ambiente, la promoción de la salud, la prevención, la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, la legislación, regulación y rectoría de la salud, la salud ocupacional, la gerencia de las instituciones sanitarias y la atención de las poblaciones vulnerables y de alto riesgo (Salud Pública de México, 1998).

Estas notas tienen el objetivo de alcanzar el nivel de un borrador de ideas para la comunicación inicial y una contribución a la discusión del rol del estado en la preservación, cumplimiento y evaluación de las funciones de la salud pública en la nueva transición democrática iniciada recientemente, señalando sucesivamente distintos aspectos de los escenarios externos y nacionales, los problemas observados y los potencialmente observables, los valores permanentes que deberían guiar las políticas sanitarias, y algunas condiciones para su aplicación.

2. LAS DEUDAS EN SALUD PUBLICA

2.1 La situación se salud

La situación de salud de la población paraguaya presenta un perfil epidemiológico de una país en desarrollo, con predominio de daños a la salud por causas previsibles que afectan principalmente a grupos desprotegidos-excluidos y por otro lado la emergencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin haber resuelto las enfermedades derivadas del atraso y la carencia de servicios sanitarios básicos, en particular enfermedades infectocontagiosas, endémicas tropicales, y el recrudecimiento de la tuberculosis y las enfermedades emergentes. Mas que transición epidemiológica a esta situación se ha denominado de “acumulación epidemiológica”.

En 1997, se informan que la mortalidad infantil es de 39,4 por 1000 habitantes, la materna 224 por 100.000 nacidos vivos registrados, el subregistro de mortalidad materna del 48% y la tasa bruta de mortalidad de 5,4 por 1000 habitantes según datos oficiales. La cobertura nacional de agua en 1997 es de 42% y la población cubierta por los servicios de alcantarillado sanitario de 30 %.

Casi invariablemente, los documentos diagnósticos señalan con amplio detalle la situación de salud y apuntan como causas de esta situación problemas relacionados a la oferta y otras relacionadas a la demanda de servicios (MSPyBS, 1998).

Estas causas son:

- a. Reducida capacidad resolutive cualitativa de los servicios, principalmente en el interior del país.
- b. Modelos de atención y oferta de servicios con calidad y capacidad de respuesta inadecuada para los problemas mas acuciantes y ligados fuertemente a actividades curativas intrainstitucionales.
- c. Escasa articulación de redes de servicios con debilidad de la referencia y contrareferencia de los usuarios.
- d. Disponibilidad limitada de los recursos financieros y debilidad gerencial para la administración eficiente.
- e. Inadecuada e inequitativa distribución de recursos técnicos, humanos y financieros en las regiones y servicios sanitarios.
- f. Escasa inversión en la formación y perfeccionamiento del personal de salud publica, e importante atraso en la producción de conocimientos.
- g. Demanda tardía por barreras económicas geográficas, funcionales y culturales
- h. Perdida de credibilidad de los servicios de salud y
- i. Déficit en la educación sanitaria en lo referente a hábitos saludables así como de los factores y conductas de riesgos para la salud.

La situación de salud de la población paraguaya se manifiesta por un problema estructural de larga data no corregido, determinado por persistentes carencias y desigualdades en la distribución de factores condicionantes vinculados con la salud (educación, empleo, alimentación, seguridad social, saneamiento básico entre otros) y por una severa crisis de cobertura y calidad de sus servicios de salud, que determina que alrededor de 2.000.000 de personas no tengan acceso a los servicios institucionales de salud. Conocidos problemas del sector están determinados por limitaciones del liderazgo sectorial que han condicionado el mantenimiento de un modelo inadecuado de atención, la persistente fragmentación institucional, la baja capacidad de gestión y, el escaso y mal distribuido gasto en salud.

El lento avance en la producción de conocimientos en relación al sistema de salud, de las políticas sociales en salud, la relación seguridad social- atención sanitaria, y la repetición de diagnósticos que describen en un enfoque predominantemente tecnocrático los problemas de la salud han limitado la consideración de otros condicionantes sobre la situación de salud como la corrupción, los efectos de la globalización, la política de cooperación en salud y la participación social entre otros. Vista al pasado la deuda sanitaria es más que significativa y en relación al futuro la brecha a cubrir, uno de los desafíos mas inquietantes para la construcción de la democracia.

2.2 Situación de los Servicios de Salud

Un informe reciente de setiembre de 1998, elaborado sobre la base de fuentes nacionales se presenta como un perfil que resume las características actuales de los servicios de salud (OPS, 1998).

a. Contexto político

En 1991 se celebraron las primeras elecciones municipales directas de la historia del país, y el 20 de junio de 1992 se sancionó una nueva Constitución que consagra un Estado Democrático y Social de Derecho con participación pluralista y con tendencia a la descentralización política y administrativa.

La planificación y gestión del desarrollo es responsabilidad de la Secretaria Técnica de Planificación de la Presidencia, la cual desarrolla un Programa de Inversiones con subprogramas orientados a regular las inversiones, a la reforma comercial, a la privatización de empresas públicas, y a reformar los sistemas fiscal y financiero, el mercado de capitales, y la Seguridad Social. También se han creado Consejos de Desarrollo Departamental.

En 1996 se aprobó la Ley 1032, de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el objetivo de distribuir de manera equitativa los recursos nacionales en el Sector Salud, establecer conexiones intersectoriales e intrasectoriales, e incorporar a todas las instituciones creadas con la finalidad específica de participar en actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de individuos y comunidades. La Ley establece el Consejo Nacional de Salud (CNS) y Consejos Regionales (CRS) y Locales (CLS) de Salud, que cuentan con Mesa Directiva y Comité Ejecutivo para su funcionamiento. En 1998, el Decreto Ley 19966 reglamentó la descentralización sanitaria, la participación ciudadana y la autogestión en salud

como estrategias para el desarrollo del SNS, y facultó a los Municipios y a los CLS para administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de planes locales de salud. Además, el Decreto 20553 reglamentó la Superintendencia de Salud (SUPNS), el Decreto 21376 estableció la nueva organización funcional del MSP y BS, y el Decreto 22369 fijó las funciones de la Dirección Médica Nacional (DMN).

b. Contexto económico

Los cambios políticos conllevaron cambios económicos. Aunque actualmente persiste la evasión fiscal y la fragilidad del sistema financiero, se controló la inflación, se unificó el tipo de cambio, se redujeron el déficit público y la deuda externa, y se liberaron las tasas de interés. En 1996 el PNB per cápita fue de 1634 U\$D, el gasto público total como porcentaje del PBI de 16.9% y el gasto total en salud como porcentaje del PIB de 7.4% (OPS, 1998)

La participación de los diferentes sectores económicos en el PIB en 1996 fue: 26,1% para agricultura; 16,0 % para la industria y 57,7% para comercio y otros servicios, esta repartida ésta última en 12,1% para construcción y electricidad; 25,3% para comercio y transporte; 5,8% para la administración pública y 14,6% para otros servicios. Las perspectivas económicas para el corto y mediano plazo son inciertas. La cooperación financiera externa es relevante para el país. En 1996, el BID aprobó préstamos y acciones de cooperación técnica reembolsable por un monto de 174,3 millones de USD y acciones de cooperación técnica no reembolsable por un monto de 11, 285 millones USD.

c. Contexto Social

La población total proyectada para 1998 es de 5.218.885 habitantes, siendo 50,3% población urbana y 49,7% población rural.

Paraguay ocupa posición 85 en la clasificación de países según el Índice de Desarrollo Humano (IDH). En cuanto al Índice de Potenciación de Género ocupa la posición 94. La tasa de desempleo abierto en 1995 fue del 5,3%, incrementándose a 8,2% en 1996 y aun mas en los siguientes años. El desempleo afecta principalmente a las mujeres. La Encuesta de Hogares de 1996 reveló que la proporción de trabajadores en el sector informal urbano asciende a 46% del total de ocupados. En 1996, los trabajadores sin acceso al sistema previsional eran aproximadamente el 63%.

En 1995, el Coeficiente de Gini fue de 0,588 (0,505 para áreas urbanas y 0,566 para las rurales). El 20% más rico de la población gana, en promedio, 13 veces más que el 20% más pobre. El Censo de 1992 registró una población indígena de 49.487 personas (1,19% de la población total). Dicha población estaba constituida por 17 etnias y 5 familias lingüísticas. El Censo reveló que en las áreas urbanas el 56,9% de los hogares tenían al menos una Necesidad Básica Insatisfecha. Las estimaciones realizadas muestran que dos tercios de los pobres urbanos son migrantes rurales.

Son analfabetos absolutos el 9,5% de las personas de 10 años y más, siendo mayor la proporción entre las mujeres y en las áreas rurales. El promedio de años de estudio aprobados

por la población de 5 años y más fue de 4,9 años. En áreas urbanas fue 6,2 años y en las rurales 3,5 años, siendo poco mayor en los hombres que en las mujeres en ambas áreas y con grandes variaciones entre departamentos: de 7,9 en Asunción a 3,2 en Canindeyú

d. Sistemas de Servicios de Salud

i. Organización general:

La atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores: i) el público, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los Municipios, las Gobernaciones y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas y, ii) el privado, constituido por las universidades privadas, instituciones privadas sin fines de lucro (ONG's) . ej.) y con fines de lucro (hospitales y clínicas privadas, p. ej.). La Cruz Roja Paraguaya es una institución mixta.

ii. Actores públicos:

El MSP y BS es la autoridad del Poder Ejecutivo encargada de proteger la salud de la población. Registra los recursos humanos, los establecimientos de salud y los medicamentos, y mantiene un sistema regionalizado de establecimientos de salud cuyas áreas geográficas corresponden a la división política del país. El MSP y BS presta servicios en las 18 regiones sanitarias, en tres niveles de atención. Desarrolla acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Provee parte de los medicamentos en sus establecimientos, o en dispensarios de la comunidad, con precios subvencionados. Provee atención de emergencias y traslados en ambulancia. No brinda atención domiciliaria. Posee 14 bancos de sangre distribuidos en hospitales cabeceras y en Asunción cuenta con el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea Presta servicios de Anatomía Patológica desde el Laboratorio del MSP y BS, en la capital, a todos los servicios del interior del país.

El MSP y BS financia sus servicios de salud con recursos provenientes de: i) Tesoro Público; ii) fondos especiales y regalías, iii) copagos (aranceles) aportados por los usuarios al recibir la asistencia y, iv) cooperación internacional. En 1996 gastó U\$156 millones en sus servicios. Dispone de 1.471 médicos, 234 odontólogos, 94 bioquímicos y químicos farmacéuticos, 398 licenciadas en enfermería y obstetricia, 916 técnicos y 2752 auxiliares que se desempeñan en 1 hospital general, 3 hospitales especializados, 9 hospitales materno - infantiles, 15 hospitales regionales, 124 centros de salud, 539 puestos de salud y 2 consultorios especializados. Cuenta con un total de 3.268 camas.

El IPS, creado en 1943, cubre los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, sobrevivencia y muerte de los trabajadores asalariados. El sistema es de reparto y el financiamiento viene de los aportes sobre la renta sujeta a impuestos, siendo el 14% del empleador, el 9% del trabajador y el 1.5% del Estado. Un programa no contributivo asegura por enfermedad y maternidad a excombatientes de la Guerra del Chaco y familiares, además de un régimen para funcionarios del Magisterio (oficial y privado), empleadas

domésticas de Asunción y trabajadores de entes autárquicos. Las prestaciones de salud incluyen atención médico-quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalización y subsidio por reposo. No incluye prótesis. Los medicamentos son provistos en farmacias propias, según listado. El IPS también produce y distribuye internamente algunos medicamentos. Cuenta con 1.039 médicos, 135 odontólogos, 132 químicos y bioquímicos, 235 licenciadas en enfermería y obstetricia, 389 técnicos y 799 auxiliares que se desempeñan en 106 establecimientos (con 1.063 camas).

La Sanidad de las Fuerzas Armadas atiende al personal militar, activo y en retiro, a sus familiares, y a población civil en regiones donde no existen centros asistenciales públicos o privados. Cuenta con un Hospital Militar Central (250 camas), el Hospital San Jorge (60 camas), ambos en Asunción, y tres hospitales en unidades militares del interior del país. Los recursos provienen del Presupuesto General de la Nación en el rubro del Ministerio de Defensa.

La Sanidad Policial atiende a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. Posee un Policlínico Policial Central en Asunción (80 camas) y 22 Puestos de Enfermería en las principales Unidades Policiales. Cuenta con 123 médicos, 38 odontólogos, 16 químicos, 12 licenciadas en enfermería y obstetricia, 23 técnicos y 37 auxiliares. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación.

La Universidad Nacional (UN) presta servicios asistenciales parcialmente gratuitos en el Hospital de Clínicas y en el Neuropsiquiátrico, ambos en Asunción. Los recursos provienen del Presupuesto Universitario. El Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas, cuenta con 450 camas, 820 médicos, 6 odontólogos, 44 bioquímicos y químicos farmacéuticos, 118 licenciadas en enfermería y obstetricia, 41 técnicos y 308 auxiliares.

En las Gobernaciones Departamentales el Secretario de Salud de la Gobernación es, por ley, la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud (CRS) y coordina con los Municipios del Departamento y con el Gobierno Central. Hasta la fecha se han conformado 15 CRS y 111 CLS a los que les corresponde participar en la administración de los servicios de salud del área de influencia. La administración del SNS es centralizada pero el MSP y BS esta firmando “Acuerdos de Compromiso” por los que transfiere recursos físicos y financieros a los CLS (no así de los RRHH), quienes podrán asumir la administración directa de sus establecimientos.

De los Entes Autónomos y Empresas Estatales Descentralizadas, Itaipú Binacional (IB) y Yacyreta (EBY) ofrecen prestaciones de salud y seguro medico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. Poseen programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

La Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas. Se financia con aportes de una Fundación privada sin fines de lucro. Los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son financiados por el MSP y BS.

iii. Actores privados:

- a. **Instituciones privadas sin fines de lucro:** Cámara Junior, Clubes de Leones, Derechos del Niño Deficiente (DENIDE), la Asociación de Padres y Amigos de deficientes mentales y físicos (APADEM), la Fundación Banco de Ojos, etc., brindan atención médica directa. Además, existen alrededor de 20 ONG's en todo el país que trabajan en el sector. El MSP y BS no cuenta con un registro de las ONGs que brindan servicios de salud o apoyan programas de comunidad.
- b. **Instituciones Privadas con fines de lucro:** existen 28 empresas de medicina de prepago que cubren a 187.000 titulares, a través de 296 hospitales/clínicas privadas, la mayoría en el área de Asunción y Departamento Central (además de consultorios, farmacias, laboratorios y otros). En este subsector se incluyen 16 bancos de sangre y hemoterapia (13 en Asunción y 3 en el interior). Existe un servicio de Ayuda Mutua Hospitalaria que cubre a los indígenas del Chaco Central (18.000 personas) mediante un seguro financiado por trabajadores (5% del salario) y patronos (10%). El seguro cubre los gastos de consultas, internación y medicamentos del trabajador y su familia, incluyendo 1 mes de desempleo. Abarca a todos los grupos indígenas del Chaco Central y tiene validez en todos los centros asistenciales menonitas.

Las aseguradoras privadas con fines de lucro se nutren de las primas, que abonan sus clientes, en 1996 recaudaron 68,6 millones de USD. Con dichos fondos financian la compra de servicios privados de asistencia sanitaria de todo tipo.

No existen datos disponibles sobre la cantidad de RRHH del sector privado. No existe concordancia entre el grado de descentralización de la administración del Estado y de los servicios del MSP y BS, ya que éste inicio antes el proceso mediante la firma de Acuerdos de Compromiso con los Municipios.

Las relaciones entre los niveles de atención de cada institución y entre las distintas instituciones entre sí son muy escasas, sean del sector publico o privado. La Ley 1032 propone la organización de servicios por niveles de complejidad y la coordinación entre servicios del MSP y BS, el IPS y el sector privado, en los Consejos Regionales y Locales de Salud.

- c. **El conjunto del sistema:** El modelo emergente es un Sistema Nacional de Salud (SNS) que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la coordinación y la complementariedad de programas y recursos entre los subsectores público y privado. En diciembre de 1996 se promulgó la Ley N° 1032 que crea el SNS, como parte de la estrategia de Reforma Sanitaria, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente, sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación.

El SNS busca: a) mejorar el acceso efectivo a la atención de salud, b) evitar la duplicación de la oferta de servicios, c) la coordinación intra e intersectorial, y la descentralización, d) mejorar el rendimiento de los recursos, e) la participación social y comunitaria, f) mejorar la coordinación de todos los esfuerzos de cooperación técnica al proceso de RS. La Ley ratificó al CNS, formado por representantes de instituciones del sector y otras relacionadas (Ministerios de Hacienda, Educación, etc.), y presidido por el Ministro de Salud, y creó tres direcciones ejecutivas del CNS: el FNS, la Superintendencia de Salud, y la DMN.

Según la Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos del MSP y BS, la fuerza de trabajo en salud está formada por 5.585 médicos, 1.610 odontólogos, 1.053 químicos farmacéuticos y bioquímicos, 1.216 licenciadas en enfermería y obstetricia, 1.833 técnicos, 522 otros profesionales, 2.752 auxiliares de enfermería y 1.050 parteras empíricas registradas en las diferentes Regiones Sanitarias. Por cada 10.000 habitantes están disponibles: 4,9 médicos; 0,7 odontólogos; 0,4 bioquímicos; 1,2 licenciadas en enfermería y obstetricia; 2,5 técnicos; 7,0 auxiliares de enfermería. Las principales categorías de los recursos humanos en salud se concentran en la Región Central y Capital. El personal administrativo del MSP y BS y del IPS es de 5.533, dando un total 20.204 personas involucradas en el sector salud.

De los RRHH del subsector público, un 63.7% corresponde al MSP y BS, y un 28,3% al IPS. Muchos profesionales realizan actividades en más de una institución del sector y el sistema de información no permite determinar la cantidad real. No existen datos precisos sobre el número de técnicos de laboratorio, ni de egresados de postgrado en salud pública.

No están disponibles datos desagregados para otro tipo de personal, pero se estima que el MSP y BS y el IPS, sumados, cuentan con 5.533 funcionarios administrativos. Medicamentos y otros productos sanitarios: Solamente se cuenta con información para 1997, período en el que estaban comercializados 7,400 productos, de los cuales 7,200 eran medicamentos de marca y 200 productos genéricos. No se dispone de información sobre Gasto total (a precio de fábrica y precios de venta) ni sobre Gasto per cápita (precios de fábrica y de venta) para ese año. Los ingresos de las 743 farmacias se efectúan por pago directo. Sus ingresos brutos anuales oscilan entre USD 240 mil para la mayoría y USD 1,2 millones para unas pocas del estrato superior de ventas. Tomando el mínimo (USD 240.000) como promedio, se estima una facturación anual bruta mínima de USD 178,3 millones.. No existe listado nacional de medicamentos. Protocolos de tratamientos estandarizados solo existen para algunas enfermedades objeto de programas nacionales de control, y en el Hospital del Cáncer. Las normas vigentes exigen la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas y en hospitales. Según datos del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea en 1997 fueron registradas 40.551 donaciones de sangre.

- d. ***Equipamiento y tecnología:*** No existen datos precisos sobre la disponibilidad de equipamiento en el sector salud. Los datos disponibles indican la existencia de 1,21 camas por 1000 habitantes. El 45% de las camas del MSP y BS corresponden a un nivel I de complejidad de atención, mientras que el 52% de las camas privadas corresponden a nivel II, en el nivel III de atención ambos sectores tienen el 30% de sus camas.

El país cuenta con 320 laboratorios clínicos incluyendo sector público y privado; 30 bancos de sangre (14 públicos y 16 privados). No existen datos sobre equipos de radio - diagnóstico. Un estudio piloto realizado en 11 de las 18 Regiones de Salud del país mostró que los hospitales regionales del MSP y BS cuentan con entre el 36,3% y el 80,9% del equipamiento que le correspondería según norma, y que entre el 31,8% y el 52,8% de los equipos disponibles necesitan reparación o mantenimiento. Los Centros de Salud de las mismas Regiones están equipados con entre el 15% y el 64% respecto a la norma, y de los equipos disponibles entre el 28,7% y el 44,9% está o debería estar fuera de servicio. El porcentaje del presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento es escaso en todos los casos y utilizado, en su mayor parte, para mantenimiento correctivo. El mismo estudio mostró que el personal de mantenimiento en las 11 Regiones era escaso y de muy bajo nivel de capacitación: de 25 funcionarios destinados a tareas de mantenimiento, solo uno contaba con formación universitaria y solo cuatro con formación técnica; es decir, el 80% tienen formación meramente empírica.

Aunque no hay datos precisos sobre la distribución de unidades y/o equipos de alta tecnología, es sabido que la mayoría se concentra en Asunción y el Departamento Central. Poseen tecnología de punta el Hospital Nacional, y el Hospital Nacional del Cáncer y Quemados (dependientes del MSP y BS), y el Hospital Central del IPS.

v. Funciones del Sistema de Salud

- a. ***Rectoría:*** El Decreto 21376 establece que el MSP y BS asume el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tengan impacto en la salud individual y colectiva. Compete al CNS, presidido por el Ministro de SP y BS, la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional.

No están definidas las funciones esenciales de salud pública. Las funciones de regulación sectorial y de autoridad sanitaria son compartidas por el MSP y BS y el CNS a través de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y de la SUPNS, respectivamente. La notificación de enfermedades transmisibles es obligatoria pero está limitada a los servicios públicos. El control sanitario de puertos, aeropuertos y terminales terrestres también es parte del sistema. Existen varias instituciones de apoyo técnico a estas funciones:

i) el Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica (CEMIT), por encargo del MSP y BS, realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos; ii) el Laboratorio Central autoriza y registra la habilitación para todos los laboratorios de análisis clínico (no realiza acreditación ni evaluación continuada) y, iii) el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), es el organismo responsable del control y protección de alimentos.

La Ley 1032 atribuye a la DMN funciones de normatización, y encarga a la SUPNS la regulación de las instituciones de aseguramiento.

Existen deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de la información disponible, lo que dificulta su uso efectivo para la toma de decisiones.

La Dirección General de RRHH del MSP y BS cumple funciones de administración de personal, y no es responsable por la formulación de la política de RRHH, la cual está a cargo del INS. Hasta el momento no existe acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos, ni acreditación de establecimientos de salud; en el futuro será una responsabilidad de la SUPNS. Tampoco existen organismos dedicados a evaluar las tecnologías en salud.

- b. **Financiamiento y gasto:** La primera aproximación global al financiamiento y al gasto del sector se hizo con ocasión del estudio de “Análisis del Sector Salud del Paraguay” realizado en 1997 por encargo del CNS por un equipo multiinstitucional con la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Las fuentes de financiamiento del subsector público son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador, primas, pago directo por servicios, aranceles y cooperación externa), con precario control de procesos y resultados. Los establecimientos públicos cobran aranceles que no corresponden a los costos reales y sus ingresos se transfieren al Ministerio de Hacienda.

El financiamiento del subsector privado depende de las primas de distintos planes (empresas de medicina de prepago) y del pago directo entre el usuario y los prestadores privados. No hay, hasta el momento, una entidad separada que cumpla explícitamente la función de regular el financiamiento. La Ley 1032 crea el FNS que aun no fue implementado.

Entre 1992-1996, el monto total recibido por cooperación internacional fue de USD 87.6 millones (51% del BIRF; 27% de Alemania y Japón, y 22% de diez diferentes países y organismos de cooperación). Alrededor de un 70% de la cooperación es catalogada como reembolsable.

Por Ley del Presupuesto General de la Nación, desde 1997 el Estado otorga un subsidio de 75.000 Gs. para pagar un seguro médico a cada funcionario público adherido al Sistema Nacional de Recursos Humanos, dependiente de la Presidencia de la Nación. El pago lo efectúa el Ministerio de Hacienda directamente a la empresa aseguradora que el funcionario elige, previa solicitud y autorización del Ministerio al que pertenece. El gasto en salud per cápita (para una población en 1996 de 5,088 millones de habitantes) fue de USD 145. Este promedio nacional oculta importantes diferencias entre los departamentos del país.

En 1996 el gasto público en salud representó un 2,59% del PIB (1,63% el sector público y 0,96% el IPS). De un gasto total en salud en 1996, de 1 524 750 millones de guaraníes el gasto del sector público es de 20.9 %, la seguridad social 13% y el sector privado 65.9%.

Se carece de otros estudios desagregados del gasto total en salud así como de procedimientos para su estimación periódica. Las cuentas nacionales ofrecen información periódica solo sobre el gasto público. Hasta ahora, el IPS no ofrece información periódica separada de su gasto en salud. No existen estudios actualizados sobre costo de prestaciones o sobre eficiencia en el gasto. La asignación del gasto

público sigue la base histórica correspondiendo el mayor peso relativo a salarios. No existe información sobre el destino del gasto privado en salud.

Al IPS confluyen aportes del trabajador, del empleador y del Estado que cubre a sus cotizantes (20% de la población) tanto para jubilación como para salud, y tiene unificadas las prestaciones para todos sus afiliados desde su creación. No existe, hasta el momento, un Plan Básico de prestaciones para todos los ciudadanos. El aseguramiento privado comprende las empresas de Medicina de Prepago que suman 28 con un total de 187.870 asegurados. El precio de sus planes varía de \$ 40 mensuales a 140. La mayoría de los sanatorios privados tienen el prepago como actividad secundaria. Cubren al 9,6% de la población. Ofrecen planes cerrados (con servicios propios), planes abiertos (el asociado puede recurrir a servicios médicos de libre elección), y planes mixtos con distintas mezclas de ambos. Hasta el momento no existe regulación, no hay registro, ni acreditación de planes de salud, ni de prestadores.

- c. **Servicios de salud poblacional:** El MSP y BS desarrolla programas de promoción y protección de la salud desde sus unidades de atención, distribuidas en todo el territorio nacional, dirigidos a grupos específicos de la población y a problemas de salud prioritarios: salud reproductiva; atención integral de la niñez y adolescencia; nutrición; control de las infecciones respiratorias y diuréticas agudas; de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA; de enfermedades transmitidas por vectores; de enfermedades no transmisibles: bocio, hipertensión y diabetes; de enfermedades inmunoprevenibles; de adicciones por drogas y alcohol; de lepra y de tuberculosis; así como programas de disposición de aguas y excretas, de salud oral y de salud mental. Existen dificultades para la medición de cobertura de estos programas y no se han realizado evaluaciones de sus resultados. En 1997, las coberturas de vacunas de los menores de un año, fueron: DPT 3ra dosis: 80%; Antipolio 3ra dosis: 81%; Antisarampionosa 82%; y B.C.G. 91%. Según la Encuesta de Hogares de la DGEEC, el 94% de las mujeres embarazadas siguió algún tipo de control, en general por un profesional, y el 69% de los partos tuvo lugar en una institución sanitaria.

El sistema actual de servicios de salud no ha permitido aumentar la capacidad de elección de los usuarios ni en el medio urbano ni en el rural entre distintos proveedores de servicios. Se estima que el IPS cubre el 20% de la población; el sector privado el 10%; la población restante quedaría bajo cobertura del MSP y BS, el cual admite que un 30% de la población total no tiene acceso regular a servicios de salud.

- d. **Nivel primario de atención:** No existen datos precisos sobre el número de centros de atención primaria que disponen de sistemas de información computarizados. No existen datos globales de consultas y controles por profesional no médico y por odontólogo..

En 1995, las causas más frecuentes de consulta en los servicios del MSP y BS fueron, en orden de frecuencia: enfermedades respiratorias agudas; parasitosis; anemia por todas las causas; diarreas; hipertensión arterial y accidentes. Las únicas visitas domiciliarias son llevadas a cabo por promotores de salud dentro de los servicios del MSP y BS.

- e. **Nivel secundario de atención:** No se dispone de datos sobre las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados para el nivel secundario de atención. La mayoría de hospitales con más de 50 camas disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa, no así para la gestión clínica. Aunque no existen estudios sobre el grado de uso de la información para la gestión clínica, se supone escaso en razón del número limitado de comités de infecciones hospitalarias, de historias clínicas y otros en funcionamiento.

En 1996, el MSP y BS registró 104.161 egresos, y el IPS 22.128. El índice ocupacional promedio en los hospitales del MSP y BS fue 48%, mientras que en los del IPS fue 75%. El promedio de días de estadía fue 4 en los hospitales del MSP y BS y 6 en los del IPS. No existen datos disponibles sobre las causas más frecuentes de egreso hospitalario para las principales redes de prestadores públicos y privados.

- f. **Calidad técnica**: Son muy escasos los establecimientos que tienen programas de calidad, y/o Comités de Infecciones Hospitalarias, y no existen datos sobre los índices de infecciones. Idéntica situación se presenta con relación a comités de ética y/o control de comportamiento profesional. En servicios del MSP y BS durante 1996 el porcentaje de cesáreas fue del 19%. No existen datos sobre porcentaje de autopsias sobre total de defunciones intrahospitalarias, no obstante puede considerarse muy bajo dado que, en 1997, el Hospital Nacional realizó 4 autopsias sobre un total de 120 defunciones. No existen datos sobre el porcentaje de muertes infantiles y maternas auditadas.
- g. **Calidad percibida**: No se cuenta con datos disponibles sobre el porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato al usuario establecidos, ni con procedimientos específicos de orientación al usuario, o comisiones de arbitraje (o equivalentes) funcionando. Otro tanto ocurre con datos sobre establecimientos que estén aplicando estudios o encuestas de satisfacción del usuario.

Nuestra tarea es construir una sociedad post neoliberal, ya que el neoliberalismo no es un tipo estable de sociedad, mas si en choque, una transición, una destrucción de los modos no económicos de gestión de la economía.
Alain Touraine, 1995. Nuevos desafíos en la salud pública.

3. NUEVOS DESAFIOS EN SALUD PÚBLICA

3.1 La globalización en salud

La globalización es un fenómeno considerado como complejo, controvertido y todavía poco comprendido en sus consecuencias en el campo sanitario. En general, en su versión más simplificada: una progresión en la integración económica mundial al costo de una reducción de las autonomías de los estados nacionales. Un enfoque integral de la globalización no puede limitarse solamente a la consideración de la interacción de factores y agentes económicos. Desde el campo sanitario este fenómeno debería ser visto a la luz del amplio impacto que provoca en los sistemas social, cultural, político, en el proceso de reforma social, cuestiones importantes para el logro del mejoramiento del desarrollo humano y la generación de las condiciones para alcanzar la seguridad humana (Morales).

La influencia de la globalización en el desarrollo de la salud publica mundial es tal que ningún sistema podrá en el futuro desarrollarse sin conocer las tendencias predominantes y valores hoy hegemónicos (BJM, 1998).

Hoy no se puede desconocer la existencia de una disciplina y la preparación de los países para afrontar la salud internacional en un nuevo orden en el que las naciones ya no cuentan con las capacidades de decisión independientes como se conocían antaño. Nuevas fuerzas globales erosionan las fronteras, facilitan la transferencias de bienes, servicios, personas, valores y estilos de vida de un país a otro. La complejidad del análisis de las condiciones de salud ha crecido como también los riesgos transferidos de un país a otro, sean estos en la difusión de enfermedades (SIDA, fiebre amarilla, dengue, cólera o efectos de la soja transgénica por ej.), o la influencia sufrida por las preferencias políticas de los países donantes y contribuyentes a la cooperación internacional (modelos de atención y estilos de reforma sanitaria) (Wolvaardt, 1998).

Importantes deficiencias en la orientación de la salud mundial se informan en un estudio sobre el “futuro de la salud mundial” como: el monitoreo de las enfermedades emergentes, la elaboración de *standards* para proteger a los consumidores en contra de potenciales abusos originados en el comercio internacional, las deficiencias en el control de transferencias de riesgos a través de las fronteras, la coordinación en los esfuerzos de investigación y desarrollo tecnológico, el diseño de sistemas de información que faciliten la elaboración de políticas de salud a nivel nacional y global, la acumulación de conocimientos acerca del costo efectividad de las tecnologías médicas e intervenciones sanitarias, y el fortalecimiento de un proceso de aprendizaje acerca de las experiencias de reforma de los sistemas de salud. Nuevos enfoques

sobre estos problemas hoy se plantean en los organismos internacionales como la OMS (Frenk, et al., 1997).

Entre otros aspectos, para el siglo XXI se prevén como grandes tendencias para el desarrollo de los servicios y sistemas de salud el desarrollo de territorios saludables, el desarrollo metodológico y operacional para la transformación de los sistemas de salud, y la tendencia a la organización basada en la calidad total de sistemas y servicios de salud (Capote y Granados, 1996).

Si a éstos se suman la introducción de nuevas sustancias en el mercado, los pronunciados cambios climáticos, la enorme variedad de la demanda de servicios, los viejos problemas del narcotráfico y las sustancias prohibidas, y la introducción de nuevos alimentos se anuncia ya la exigencia de los ciudadanos de un “riesgo cero” que obligará a las autoridades sanitarias a la percepción de estos riesgos y a nuevas predisposiciones organizativas para hacer frente a estos desafíos (Polledo, 1998 y Jovell, 1998).

3.2 Nuevos paradigmas en la Política Social

La emergencia de nuevos paradigmas en la política social en América Latina no surgen más que después de la difusión de las críticas al “welfare state” iniciadas en los países desarrollados. En A.L. cada modelo de desarrollo económico lleva implícito una concepción de la cuestión social. Nuestros países han pasado sucesivamente por modelos de desarrollo que incluyeron el de crecimiento hacia fuera, la substitución de importaciones y mas tarde, en coincidencia con el periodo del ajuste de las economías, la nueva política social. Coincidente con estos modelos de desarrollo han prevalecido dos modelos de política social, el conocido como “dominante”, anterior a las reformas económicas, y el más reciente conocido como “emergente”, cuyas características se manifiestan en el nivel de la institucionalidad prevaleciente, el proceso de decisión, el modo de financiamiento y la población destinataria.

El modelo actualmente en boga basa su institucionalidad en la pluralidad de sectores, separando las funciones de financiamiento y producción de servicios en un enfoque descentralizado. El instrumento de gestión es principalmente el del enfoque de proyectos centrado sobre todo en los fondos de inversión social. De un financiamiento estatal predominante se ha pasado a una co- financiación de los servicios basada en la recuperación de costos, con asignación de los recursos como subsidios a la demanda, apoyado por la teoría de la elección pública (Buchanan, 1992). El significado de la universalidad tradicionalmente referido a la población destinataria hoy se reduce a la universalidad de la satisfacción, llegándose ahora a acciones del estado como productor de servicios que sirven a poblaciones focalizadas según las necesidades extremas solamente. El indicador más utilizado para la asignación de recursos es la relación costo impacto (Franco, 1996).

En Paraguay hasta hora como en gran parte de A.L., la agenda política no ha considerado como prioritaria la cuestión social como lo ha hecho con la política publica económica. Un reciente informe de estudios nacionales incluye entre los principales hallazgos en la respuesta a la cuestión social : la proliferación de programas sociales en especial los dirigidos a los pobres, el establecimiento -muchos de ellos temporales- de múltiples agencias y coordinaciones

interministeriales, la ausencia de coordinación eficaz y orientación para la construcción coherente de sistemas de servicios sociales, y una visión de corto plazo sin una visión y modelo coherente de “welfare” (Figueira y Lombardi, 1996).

En Paraguay, la Secretaria de Acción Social (SAS) ha cumplido la función de fondo de inversión social como se venía observando en otros países de A.L. con apoyo del BID, hasta ahora con resultados poco alentadores a juzgar por la utilización de fondos ya contratados en créditos. Un estudio realizado por CEPAL, aplicando la planificación estratégica situacional detecta los nudos problemáticos para la entrega de servicios sociales. Este modelo de análisis por su enfoque teórico debería ser utilizado para el diagnóstico de desempeño de otras agencias como el Ministerio de Salud (CEPAL, 1998).

Se ha iniciado un debate intelectual y político que comienza a preguntarse sobre quien debería pagar los costos de la reforma social en el contexto de la globalización y la simultánea restricción presupuestaria que afecta a los países de la región. ¿Deberían los recursos para adaptarse a la situación influida por la globalización y para alcanzar mayor eficiencia interna ser aportados por los individuos, las familias y comunidades, o debería basarse en el aporte del sistema internacional, el sector privado o el Estado?

Un modelo futuro de entrega y regulación de los políticas sociales debería tomar en cuenta los factores económicos globales, el mantenimiento de la justicia social, el fortalecimiento de los ciudadanos con mejores habilidades y capacidades para afrontar los cambios tecnológicos y económicos, buscando nuevas formas de participación y balanceando las demandas globales y las prioridades locales (Torres, 1996).

Las reformas del sistema de pensiones refleja la dirección de los cambios propuestos para la política social en A.L. Al reformar los sistemas de pensiones, los argumentos que se utilicen deben encaminarse con atención y cautela, por cuanto las modificaciones pueden tener importantes costos económicos, sociales y políticos. En la práctica la comparación de la rentabilidad de ambos sistemas propuestos (de reparto y de capitalización) debiera realizarse en un periodo largo y en economías que funcionen eficientemente. Hasta ahora no existen tales comparaciones y evidencias.

Uthoff al comentar las reformas de los sistemas de pensiones afirma que:

“ junto con corregir las debilidades de los sistemas vigentes, se sugiere avanzar hacia sistemas mixtos con un componente básico universal que opera sobre la base de reparto con capitalización del fondo de reservas y un componente de ahorro complementario individual (voluntario u obligatorio) que opere sobre la base de la capitalización individual.” (Uthoff, 1995).

En el Paraguay, desde 1993 la prensa y la opinión pública han tenido la oportunidad de seguir la discusión iniciada en la sociedad sobre la desmonopolización-privatización del IPS. Las propuestas en lo que se refiere al seguro de salud actualmente han sido reelaboradas por medio de una consultoría del BID en el marco del programa sectorial de inversiones sugiriendo al menos cinco caminos de reforma.

3.3 La descentralización

La descentralización ha sido una de las estrategias más mencionadas y utilizadas con la finalidad de mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios. Esta estrategia puede ser definida como:

“la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos, desde el gobierno central y sus agencias hacia las unidades de campo de agencias del gobierno, unidades o niveles subordinados del gobierno, autoridades o corporaciones públicas semiautónomas de mayor presencia, autoridades regionales o funcionales u organizaciones no gubernamentales privadas y públicas” (Rondinelli, et. al., 1998).

Esta definición incluye las distintas acepciones que se dan al término y corresponden a: la desconcentración, la devolución, la delegación y la privatización. La devolución consiste en la transferencia de responsabilidades de gestión a las unidades subnacionales de gobierno (gobierno locales, unidades administrativas) o unidades públicas en general.

3.4 La descentralización en países desarrollados

La mención a esta estrategia es más que frecuente en las orientaciones de reforma de los organismos internacionales incluyendo OPS, BID, BM, en ocasiones con advertencias sobre los problemas en su aplicación y en los efectos potenciales negativos que podrían generar, razón por la cual los países en poca experiencia o que inician su transición de la democracia deben poner la mayor capacidad crítica para aplicar esas recomendaciones. Se trata en última instancia de aplicar a ésta u otras estrategias el concepto de “salud pública basada en la evidencia” en el que se toman decisiones importantes en base a evidencias y no solo a opiniones o recomendaciones.

Un estudio sobre los logros en descentralización en países desarrollados informa sobre los resultados variables y en algunos casos negativos para el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

Aplicada la descentralización en España desde la Ley General de los Servicios de Salud en 1986 establece el modelo de devolución a las autonomías, entre las cuales siete de diez de ellas avanzan en su aplicación, sin alcanzar el nivel de las regiones sanitarias o municipios. Estas autonomías tienen la capacidad de establecer nuevos impuestos y asignar recursos al sistema sanitario. El modelo de financiamiento y la regulación sanitaria es muy variada de una autonomía a otra, habiéndose demostrado el aumento de la burocracia y la fragmentación del sistema. Aunque no ha sido una experiencia totalmente negativa según informes, se afirma que los ciudadanos y los grupos profesionales aun deben participar en mayor extensión en la definición del modelo (Reverte y Sánchez Bayle, 1999).

Entre los países de mayor experiencia por el tiempo de aplicación de la estrategia figura el Canadá, cuya descentralización se estableció hacia las provincias desde la creación de la nación. La capacidad de formulación de políticas de estructuración del sistema ha sido hasta ahora minimizada por la posición del gobierno central al aportar hasta la mitad de los gastos hospitalarios y después el pago a profesionales para que las distintas provincias acepten y

adhieran un sistema nacional de salud. El direccionamiento del sistema ha conducido a incrementar el sector lucrativo de la atención de la salud y más tarde a la falta de regulaciones en el intercambio de los bienes sanitarios en el NAFTA con la introducción de corporaciones americanas en el sistema. La privatización de la atención ha impactado negativamente en el acceso a los servicios, la equidad y el ultima instancia a la democratización de la salud con aumento creciente en los gastos de los individuos (Armstrong and Armstrong, 1999).

De los países con más tradición de democracia local merecen citarse Suecia y Finlandia, cuyos sistemas fueron emblemáticos en el tiempo de auge del Welfare State: en el caso de Suecia se mantenido una tensión entre tendencias centralizadoras y descentralizadoras por la fuerte presencia de los “COUNTY COUNCIL” o consejos locales desde 1860. Es llamativo que 73% del presupuesto de salud es generado localmente, 16 % recuperado por la venta de servicios y 11% proviene del presupuesto aportado por el gobierno central. En la crisis económica de los años 90s el presupuesto de salud bajó a 8.8% del PIB. Después de una política de reducción de costos impuesto por el gobierno central, cerca de 20% de las camas hospitalarias son privadas, especialmente en los condados de mayores posibilidades financieras. A largo plazo la privatización impuesta sobre la descentralización arriesga la equidad y la sustentabilidad de un sistema de acceso universal. Los gobiernos locales por otra parte tienen poca capacidad para limitar la privatización o para controlar los costos crecientes (BJM, 1999).

También Finlandia cuenta con una larga historia de democracia local, en donde los municipios recaudan los impuestos con base en un sistema progresivo según los ingresos personales. Los municipios pueden proveen servicios o contratarlos. Aun en tiempos de crisis el presupuesto alcanzaba el 7.5% del PIB. El mayor problema se ha observado en municipios pequeños por su menor capacidad para la recaudación impositiva. Existe un fondo de compensación para los municipios mas pobres. El informe señala que una democracia local funcionante no garantiza la equidad del acceso a los servicios de salud. En Finlandia no existe mercado formal de salud aunque existe una tendencia a incrementar los contratos con proveedores de tipo lucrativo lo que impacta negativamente en la equidad (Koivusalo, 1999).

Debe señalarse además que estas descentralizaciones se dieron en países que al momento de introducir dicha estrategia ya contaban con sistemas de salud universales basados en el financiamiento publico y no está demás recordar las condiciones económico sociales y culturales excepcionalmente distintas en las que se desenvuelven estos sistemas sanitarios con relación a las observadas en nuestros países.

3.5 La descentralización en América Latina

Las experiencias de descentralización en América Latina muestran un gran variabilidad de patrones que se relacionan con velocidades y secuencias distintas así como la naturaleza del modelo implantado (tipos de descentralización). En general los procesos son impulsados desde el nivel central del estado y no siempre respondiendo a problemas sectoriales ya que las razones para emprender un proceso pueden ser el avance hacia la eficiencia técnica, la legitimación política, las demandas de descentralización en las nuevas democracias o cambios en el poder político.

En algunos casos la descentralización se inicia a partir de una directiva del nivel central del poder por medio de una legislación como ocurrió en los casos de Chile y Bolivia en el marco de un régimen autoritario el primero y democrático en el segundo. Un patrón común observado es el refuerzo de la función de regulación del sistema, el direccionamiento normativo respecto de la política nacional de salud y la tendencia a descentralizar la gestión para la entrega de servicios de atención en los niveles subnacionales. La descentralización en ocasiones se realiza hacia los niveles subnacionales próximos (gobernación o provincia) y no a los centros de producción de servicios. En la mayor parte de los casos la regulación de los recursos humanos sigue en poder del nivel central.

Los resultados de un estudio comparativo realizado por la CEPAL demuestra la escasa participación social como contralor de la eficiencia social en los casos de descentralización en salud y educación. Existen pocas evidencias de que se haya logrado la eficiencia técnica en muchos casos, como lo señalan los indicadores de costo-impacto. Las reformas descentralizadoras no han sido acompañadas de mejoras tangibles en la productividad del gasto sanitario. Como tendencias positivas se indican el aumento de la inversión y como negativas la deficiente utilización de la infraestructura o los excesos en el gasto en personal. Los resultados en la eficiencia y la equidad de mas largo plazo no han sido muy positivos, al evidenciar escasos avances en la eficiencia social de la provisión y la productividad del gasto, así como una divergencia de región a región en los indicadores de calidad. Persisten como problemas la escasa autonomía real de las autoridades subnacionales en algunas funciones, la elección de modelos de provisión de servicios difíciles de coordinar, la falta de autonomía de las unidades de producción de servicios, el déficit en los sistemas de información y los esfuerzos de capacitación todavía insuficientes para llevar adelante esos procesos. Estos comentarios, revelado en uno de los pocos estudios comparativos realizados, se refieren a las experiencias desarrolladas en Argentina, Bolivia, Brasil, México, y Nicaragua (CEPAL, 1998).

3.6 La descentralización en Paraguay

La descentralización en Paraguay ha pasado por dos momentos. Una primera fase iniciada después de 1989, con acciones de desconcentración, como consecuencia de las directivas emanadas del Plan de Acciones Inmediatas en Salud (PAIS) con el establecimiento de la Dirección de Regiones Sanitarias (RG 1/89), y la conformación del Consejo Nacional de Salud (R.G. 1024/89).

En 1992 las regiones sanitarias se ajustan en su distribución nominal y territorial a los Departamentos de la República (RG 368/92), se reorganiza el funcionamiento de las direcciones regionales (RG 354/93) y por Resolución se crea la Dirección de Regiones Sanitarias. Se consideran en este momento a las regiones sanitarias como unidades desconcentradas y coordinadas en su funcionamiento con el área correspondiente de las Gobernaciones Departamentales.

La segunda fase- considerada de devolución- se inicia en 1994, es aplicada como estrategia de la reforma con la promulgación de la ley 1032 del Sistema Nacional de Salud y el Decreto 19966 de febrero de 1998 que reglamenta la descentralización.

En 1996 el porcentaje de los recursos de los programas de acción de los departamentos asignados a salud oscilan entre el 7 y el 66% del presupuesto de las gobernaciones. La mayor parte de los departamentos gastan cerca del 30% de su presupuesto en salud, pero la estimación del gasto en salud de todos los departamentos es de 1% del gasto del sector público y 0.01 % del PIB.

A fines del periodo de gobierno 1993-1998 se firman los primeros convenios de gestión entre el MSP y BS, la Gobernación Central y los Municipios del Departamento Central. Entre agosto 1998 y febrero de 1999 se renuevan estos convenios, con la cesión en usufructo de la unidades sanitarias distritales, con el comisionamiento de los recursos humanos, y el nombramiento de directores y administradores en base a un concurso de méritos. En Setiembre de 1998 se inician los trabajos de planificación de la descentralización con un cronograma de acciones con el apoyo de OPS-AID-PRODEP. Entre los beneficios citados al inicio del proceso están: la mejor recaudación de los recursos propios en algunas unidades distritales, mientras que entre los principales problemas figuran el manejo de recursos humanos y las barreras legales para la utilización de los fondos generados por venta de servicios (González, 1996). Un estudio realizado por el BID contiene importantes recomendaciones para el desarrollo de las acciones tendientes a lograr la descentralización. Entre las dificultades potenciales se citan en este estudio : la baja capacidad institucional del nivel central para llevar adelante el proceso en las actuales condiciones, la baja capacidad de las secretarías de salud para asumir las responsabilidades, las resistencias de las regiones sanitarias al proceso de transpaso, y la falta de definiciones de competencias. El documento sugiere seguir tres etapas en la aplicación de la estrategia : una fase inicial (2 años) , una de transferencia (2 años) y una de consolidación (2 años). El Paraguay no participa de estudio comparativo alguno en relación con descentralización.

*No se pueden entender y menos realizar las acciones para
modificar la situación de salud sin pensar en esa situación
como una cuestión de poder.
Mario Testa*

4. LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

4.1 Las reformas en los Países Desarrollados

Las coyunturas en las que se verifican las inflexiones decisivas en la estructuración o reformas de los Sistemas de Servicios de Salud siempre estuvieron vinculadas a procesos y cuestiones políticas mas amplias, las que no están referidas necesariamente al campo de la salud.

La primera gran onda de reformas se inició al final del Siglo XIX en la forma de subsidios estatales a programas específicos a pobres o trabajadores de baja renta en especial antes de la primera guerra mundial.

La segunda ocurrió después de la segunda guerra mundial con la extensión y la universalización de programas que ya venían funcionando o con la creación de los Sistemas Nacionales de Salud transformando el acceso a los servicios como un derecho de ciudadanía.

La tercera se inicia con una fase inicial en los años 60 y 70 extendiendo la atención medica en los países desarrollados y una segunda fase en donde el modelo entra en crisis, lo que resultó en la aplicación de una agenda “post welfare” en donde se criticaba al estado de bienestar como ineficiente. Si en la primera onda se pudo observar el predominio del modelo alemán, en la segunda el sistema ingles y en la tercera la hegemonía norteamericana. En esta tercera tendencia los sistemas se reestructuraron en especial en relación con cuatro dimensiones de la intervención estatal:

- a. La extensión y el tipo de financiamiento publico
- b. Un tipo de regulación público-privada que la estructura de financiamiento proporciona
- c. El papel del estado como propietario de los medios de producción de servicios e insumos
- d. El papel del estado como regulador directo o indirecto.

Las crisis de los Sistemas de salud coincidieron con la crisis económica de las finanzas publicas en los países desarrollados, la confluencia de los diagnósticos críticos sobre la profesión medica y la asistencia medica, el ataque al estado de bienestar y la hegemonía neoliberal en la década de los 90s.

Los principales cambios se dieron en distintos temas de interés, e implicaron a actores que interactuaban en un ambiente de consenso (hasta mediados de los 70s) el que posteriormente se transforma en una situación de conflicto e incertidumbre a partir de los 80s.

De un foco de interés previo relacionado a la ampliación de las coberturas se procura actualmente una mayor responsabilización individual, la elección del consumidor, y la pluralidad de prestadores de servicios y del financiamiento. Hoy se propone la retirada del estado de las funciones de provisión y disminución en la función del financiamiento. Las principales cuestiones consisten en la década que termina en la contención de costos, la desuniversalización de los servicios y la focalización de la acción estatal. Finalmente, otra de las características prevalecientes actualmente es el dominio de los gerentes, de la eficiencia técnico económica y el repudio a lo político (Almeida, 1996).

4.2 Las reformas en América Latina

Los informes mas actualizados sobre las reformas en A.L. se pueden encontrar en un sitio web de la OPS, que relata el seguimiento de las reformas en distintos países. Numerosos comentarios publicados por analistas de irreprochable calidad científica e intelectual advierten sobre la aceptación acrítica de los modelos, en especial cuando se aplican a contextos económicos sociales e históricos distintos a aquellos en donde se iniciaron las propuestas.

“T. Marmor dice que existen faltas de evidencias para apoyar un consenso emergente sobre estos modelos. Muchos estudios e investigaciones mas que comparar los procesos diseminan mitos en nombre de los sistemas de salud; Lo fundamental es reconocer quien gana y quien pierde- dice A. Mills- además de quien promueve las reformas y quien las frena” (8th. Annual Public Health Forum, 1998).

En realidad las reformas sanitarias son diversas en muchos aspectos. En ellas las incertidumbres son mayores que las certezas y la improvisación y el doctrinarismo son tentaciones muy peligrosas. A. Infante afirma que las autoridades sanitarias deben explicitar con claridad los objetivos generales tanto de corto como de largo plazo, así como los objetivos específicos. La articulación política y técnica de los distintos actores que participan en la reforma es esencial. Por otro lado, las modificaciones legales son condiciones necesarias pero no suficientes para el éxito de una reforma. Un resultado evidente de las reformas ha sido el incentivo a la presencia del sector privado lucrativo en la prestación tanto como el financiamiento de los servicios de salud. Es llamativo que no siempre las RS surgen como respuesta a las necesidades y aspiraciones sociales reales. Señala, el mencionado autor finalmente, que la RS debe constituirse en una política de estado toda vez que se direcciona en base al consenso de las distintas fuerzas políticas y sociales (Infante, 1998). Figueras y Saltman, afirman que existe poca evidencia sobre la eficacia real de gran numero de estrategias de reforma (1998).

Un informe acabado sobre la situación de las reformas en A.L. se puede encontrar en un informe del Grupo de Trabajo de Brasilia, sobre reforma sanitaria en donde se señala que las reformas recientes han servido para advertir sobre el peligro del aumento de los costos sanitarios y para tomar medidas racionalizadoras, aunque también advierte sobre las dificultades que vienen atravesando en los distintos países en la aplicación de aquellas medidas (Almeida, 1995 y 1996). Aunque, en ocasiones se ha llamado la atención sobre el abuso de la palabra neoliberal¹ para denominar a estos modelos hegemónicos de RS, algunos autores como González Block afirman que:

“los modelos ortodoxos neoliberales son inapropiados para guiar los procesos de reforma. Lo que se requiere son teorías comprensivas económicas y sociales que tomen en cuenta la naturaleza peculiar y los objetivos que las sociedades asignan a la salud y a los sistemas de salud. Una teoría adecuada debe ser capaz de reestructurar el estado para asegurar la transición de los sistemas de salud a uno que atienda la responsabilidad económica y social, teniendo en cuenta los valores, principios y propósitos que sean apropiados para la salud y responda a criterios de desarrollo sustentable. Por eso, los reformadores en países en desarrollo deben ser cuidadosos para emular experiencias de países desarrollados en los cuales existen capacidades que pueden ser inexistentes en aquellos” (González Block, 1998).

4.3 La Situación de la Reforma Sanitaria en Paraguay

a. Marco Conceptual de la Reforma

Los principales elementos del marco conceptual inicial de la reforma se han publicitado en un material de apoyo a la formulación de políticas en salud en ocasión de las elecciones generales de 1993, que recoge el trabajo de un equipo de técnicos nacionales y consultores de la OPS (1993).

Entre los requisitos para la conformación del Sistema Nacional de Salud se citan: la conducción nacional colegiada, la concertación intersectorial, la co-gestión entre estado y sociedad, la amplia accesibilidad al sistema y la oportunidad en la disponibilidad de recursos. Entre los principios básicos se citan: la universalidad de cobertura, la integralidad de prestaciones, la igualdad de beneficios, la solidaridad en aportes y contribuciones, la participación social en todas las instancias, la responsabilidad social ante las necesidades y la utilización racional de los recursos. El enfoque privilegiaba la equidad y la solidaridad social.

b. El proyecto de Reforma

De una manera general, se identifican en las propuestas presentadas al inicio del proceso, la incorporación de premisas que han sido difundidas como nuevos paradigmas para las reformas sectoriales, en una perspectiva de redefinir la actuación del Estado en el sector, tales como, la separación entre provisión y financiamiento de servicios con redefinición del papel del estado; la reestructuración de las fuentes de financiamiento y la utilización de subsidios e incentivos de los más

¹ Al respecto, otra denominación utilizada es la de neoconservadora, aplicada sobre todo en Europa a partir de las propuestas de A. Enthoven difundidas especialmente en Inglaterra, durante el gobierno conservador de M. Thatcher. Suficiente argumentación explica la relación de las propuestas con la teoría de la elección pública.

diversos (tanto del lado de la oferta como de la demanda), orientando a la reestructuración del mix público privado (Carrizosa, 1995);

- i. la introducción de mecanismos competitivos para la asignación de recursos;
- ii. la descentralización (entre niveles de gobierno y para el sector privado);
- iii. la focalización de la acción estatal en los más necesitados; y la
- iv libre elección de los servicios de salud.

Esa agenda reformista sectorial viene siendo preconizada para la América Latina por el Banco Mundial, y está unida a los planes macroeconómicos de estabilización y ajuste (Almeida, 1995y BM, 1993). De manera general, se puede decir que, paulatinamente ha sido reelaborada en el ámbito regional, tanto por los policy maker de los gobiernos de distintos países como por la intelectualidad y los formadores de opinión, lo que puede ser constatado tanto por las propias reformas que vienen siendo implementadas (como por ejemplo en Chile y Colombia) como por la literatura ya disponible.

En este proceso, la idea de creación de un seguro nacional de salud ha ganado fuerza, así como la de la competición administrada (*managed competition*) cuya formulación para la región ha sido hecha con la denominación de “pluralismo estructurado”, por Londoño .

Definido como una forma de encontrar un término medio entre las propuestas extremas, el término pluralismo evitaría los extremos del monopolio del sector público y la atomización del sector privado, y lo estructurado evitaría los extremos de procedimientos centralizados y la anárquica ausencia de reglas transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado, según Londoño.

Los principios centrales que rigen el modelo del pluralismo estructurado pretenden invertir la matriz de la “integración vertical” de los sistemas de salud, que induciría la segregación de grupos sociales, según sus formuladores, substituyéndola por la “integración horizontal” de la población, con explícita asignación de funciones, o sea la organización de los sistemas de salud no sería ya más hecha con base en grupos sociales organizados, sino por funciones (Frenk et al., 1994 apud Londoño y Frenk, 1995).

Las cuatro funciones centrales identificadas por este modelo en el caso del Paraguay como dimensiones clave son (Almeida, 1995):

“la principal función del Ministerio de Salud sería la de dar dirección estratégica al sistema en vez de ser un proveedor de servicios. El Ministerio aseguraría una interacción balanceada, eficiente y equitativa entre los diversos actores del sistema a través de la estructuración de reglas e incentivos apropiados, evitando la concentración burocrática de poder y delegando la operación del sistema a las diversas organizaciones de la sociedad civil que no sean “capturadas” por los grupos de interés”;

El funcionamiento se haría a través del esquema de seguro de salud y se recomienda la extensión gradual para alcanzar la universalización , con gran énfasis en los subsidios a la demanda y no a la oferta; el gerenciamiento de la asignación de recursos es el elemento clave de la función de articulación (o modulación) del sistema y sería desempeñado por “organizaciones para la articulación

de los servicios de salud”; y finalmente la provisión de servicios estaría abierta a gran cantidad de instituciones públicas y privadas.

En síntesis, los formuladores de este modelo defienden que el pluralismo estructurado aumentaría las opciones para ambos, consumidores y prestadores, *minimizando los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia*, por Frenk. La *movilidad de la población a través de la integración horizontal* sería preservada, así como la separación de funciones (entre financiamiento y provisión); el énfasis de esta propuesta, por tanto está puesta en las funciones de modulación y de articulación.

c. El tratamiento parlamentario

El tratamiento parlamentario de la Ley 1032, fundamento de la creación del Sistema Nacional de salud generó alianzas de apoyo y rechazo, culminando en la promulgación de la ley por el Poder Ejecutivo sin la sanción de la Cámara de Senadores.

d. Una síntesis del proceso

En la arena sanitaria al contrario de lo que ocurre con otras demandas sociales no se conforma un movimiento organizado reivindicativo o de presión aún con la presencia de viejos actores como el gremio médico que atenúa su presencia con relación a épocas anteriores y la emergencia de los usuarios con demandas puntuales como la calidad de la atención en algunas instituciones del sector público y paraestatal, y sobre todo las tres centrales sindicales del país que logran constituirse en actores organizados urbanos en la transición.

Las demandas en salud están centradas en la calidad de la atención médica en el caso de sectores privilegiados del Sistema que son tributarios de la Seguridad Social. La forma de medicina prepagada genera opiniones inicialmente adversas en los gremios médicos, aunque al final del periodo de estudio se comprueba el aumento de esta forma de prestación de servicios. Completan el cuadro de las demandas la calidad y el precio de los medicamentos, uno de los espacios de regulación por parte del Ministerio de Salud, y expuesto al condicionamiento de la dependencia del país de las empresas internacionales en términos de producción de los mismos.

Las estrategias de los actores profesionales que demandan mejores salarios en especial de los médicos, incluyen las huelgas parciales y una creciente vocalización por la prensa. Entre los actores principales el gremio médico, después de una presencia más decisiva en los últimos años del periodo autoritario con importantes congresos médico gremiales que inician la discusión de la formación de un Sistema de Salud, ha sufrido la fragmentación por demandas locales (departamentales) y el fracaso de un proyecto de colegiación médica culminando con una participación casi formal en el proceso de la presente reforma sanitaria. La demanda por la carencia de atención sanitaria o otros temas, de casi un tercio de la población no ocupa un lugar importante en alguno de los movimientos sociales emergentes en el periodo de la transición.

Otro actor con una presencia activa es la burocracia por medio del Ministerio de Salud que formula sus iniciativas inicialmente en la redacción de la nueva Constitución de 1992 en los temas relacionados a salud y seguridad social y más tarde en la promoción y presentación de un

proyecto de reforma sanitaria en el marco de las reformas del Estado promovidas y concertadas con agencias financieras internacionales (BID, BM) y la reforma de la seguridad social.

Los actores externos adquieren importancia en el proceso de la reforma: el rol que desempeñó la OPS en el proceso fue decisivo hasta 1992, fecha en coincidiendo con una mayor presencia del Banco Mundial, el que por medio de diagnósticos elaborados, un importante paquete de prestamos y consultorías han influido en forma terminante en la difusión de los modelos de reforma sanitaria denominados como “pluralismo estructurado” mas conocido localmente por el mecanismo que lo sustenta “managed care” o competencia gerenciada.

La dinámica impuesta por los hechos económicos y políticos después de 1993 permitió el debate sobre los cambios en el sistema una vez que la agenda de los partidos políticos (ANR.PLRA y EN) en 1993 y el gobierno electo en ese año incluyen en sus programas de gobierno la conformación del Sistema Nacional de Salud, bajo la iniciativa de la administración ministerial de la primera presidencia constitucional de la transición entre 1989 y 1993.

Inicialmente los proyectos, en numero de cinco, son poco discutidos en el ámbito social aunque con el cambio de locus decisorio los mismos se agrupan en dos: uno de ellos manteniendo la lógica del actual sistema mixto publico privado y otro introduciendo reformas que refuerzan los mecanismos de mercado en la producción, financiamiento y gerencia de los servicios.

El cambio de *locus* de debate motivado por la presentación de proyectos de ley y el tramite parlamentario inicial en la Cámara de Diputados con participación de todos los partidos políticos representados, con el predominio de la alianza de sectores PLRA-EN sumado a sectores de la ANR cercanos al gobierno privilegió uno de los proyectos (el del *mix publico privado*) aunque con modificaciones que introducen los mecanismos de mercado, dejando para un momento posterior el proyecto que creaba el seguro medico nacional. El debate social inicialmente y el parlamentario posteriormente permitió la conformación de alianzas por la aceptación del proyecto en estudio y por el rechazo del mismo. En el proceso de debate ha sido importante la influencia de la OPS sobre todo en el periodo relacionado a la discusión en el Consejo Nacional de Salud hasta 1993, posteriormente han predominado los contenidos formulados por el Banco Mundial, semejantes a los aplicados en algunos países de Latinoamérica como Colombia. La implementación de estas recetas encuentran dificultad en el caso del Paraguay, por que no consideran la configuración institucional que benefician a grupos de intereses de la población, como los trabajadores asegurados en el Instituto de Previsión Social. Se suman a esto la débil capacidad ejecutiva en las instituciones públicas, la insuficiencia de los sistemas de información y el déficit de la capacidad regulatoria del Estado. Posterior a su tratamiento parlamentario se observó un cierto *impasse*, ya que el proyecto no encontró una base amplia de sustentación política para el momento de su implementación.

Por el apoyo a la aceptación del proyecto de ley se alinearon un sector de la ANR pro gubernista, un movimiento interno del PLRA, el MSP y el Consejo Nacional de Salud, la Cámara de Prestadores Privados de Servicios de Salud, la Presidencia de la República y las gobernaciones departamentales. Por el rechazo se alinean un ala de la ANR opositora al gobierno de Wasmosy, los gremios del IPS y las centrales sindicales.

El trámite parlamentario ocupó dos periodos legislativos con la aceptación unánime por la Cámara de Diputados (1995) y la posterior reafirmación de la aceptación por mayoría en 1996, y el rechazo sin modificaciones por mayoría en la Cámara de Senadores en 1995 y que se repite en 1996.

Una interpretación de los procedimientos parlamentarios que favorecía la sanción de la ley sobre el tiempo de sanción (por fin del tiempo permitido) motivó la solicitud de la Cámara de Diputados al poder ejecutivo para la promulgación de la ley que se realizó a fines de 1996 por el Presidente de la República. Esa promulgación del Poder ejecutivo generó la reacción de las centrales sindicales y gremio del IPS que accionaron, esta vez en el poder judicial (nuevo *locus* decisorio) con el resultado de la suspensión de los efectos de la ley sobre los recursos de la seguridad social y por tanto afectando la inclusión del IPS en el sistema y del 20 % de la población del país, al mismo tiempo que aleja la posibilidad de que el sistema cuente con los importantes recursos económicos de la seguridad Social.

El anteproyecto de ley presentado por el parlamento (Cámara de Diputados) organiza el SNS en un *mix* publico privado, con la dirección del Ministro de Salud, la conformación de los ya existentes Consejo Nacional y Consejos Regionales de Salud, con tendencia a la creciente privatización vía del subsidio estatal a prestadores privados, con un Fondo Nacional de Salud conformado sobre la base del pago compulsivo de seguro para la población capaz económicamente y subsidio del Estado para el resto de la población. Con los SEFAS (Servicios de Facilitadores de Atención Sanitaria) que recauda aportes y contrata a los SEPRES o Servicios de Prestadores de Salud, ambos de régimen publico, privado o mixto, se establecerían la separación entre prestadores y financiadores de servicios. O sea, la reforma aprobada incorpora los principios fundamentales de la propuesta difundida por los organismos internacionales, con la denominación de “pluralismo estructurado” que pretende invertir la “integración vertical” por la “integración horizontal” que incluye: asignación de la función de dirección estratégica de los ministerios en vez de la producción de servicios; el financiamiento del sistema a través de los seguros de salud; el gerenciamiento por medio de organizaciones con función de articulación y la apertura de la provisión de servicios a aquellos de propiedad pública o privada (Londoño y Frenk, 1995).

La coyuntura política en 1997-1998 estuvo marcada por la ruptura del Pacto de gobernabilidad (Poder Ejecutivo-PLRA), el mayor alejamiento de la ANR del gobierno, sumido en un intenso internismo, y el aprestamiento ya visible del proselitismo para las elecciones de 1998, sumadas a las oposiciones a la ley mencionada por parte de los gremios del IPS y las Centrales sindicales hacen difícil la aplicación de aquella. Se suman a estos hechos la medida de suspensión de los efectos de la ley dictaminado por el Poder judicial en espera del juicio de inconstitucionalidad que aleja la posibilidad de que el IPS participe del Sistema, salvo modificaciones que ya han sido anunciadas en recientes negociaciones entre el Ministro de Salud y las centrales sindicales.

Estos hechos sugieren que el debate no ha terminado y que la eventual aplicación estará supeditada a una nueva etapa de negociaciones y debates en el actual periodo parlamentario que bien puede extenderse y arribar a un consenso en el presente periodo gubernativo (1998-2003).

e. La evolución posterior a la promulgación de la Ley 1032

El periodo final de la administración Wasmosy estuvo marcado por la promulgación del decreto 19966 que reglamenta la descentralización de los servicios de salud distritales, habiéndose iniciado el proceso con la cesión temporal de los servicios distritales, a algunas municipalidades de los Departamentos Central y Cordillera por medio de Acuerdos Contractuales para la descentralización administrativa en salud.

De la agenda ministerial de ese momento (1998) se cumplieron: la elaboración de un diagnóstico sectorial, y el inicio de la descentralización.

En Agosto de 1998, la administración sanitaria incluyó entre sus políticas la revisión y reorientación del proceso de la reforma sectorial, basando su política sanitaria en la rectoría del ministerio de salud, la descentralización y la extensión de cobertura.

f. Seguimiento del proceso

Un documento reciente de la OPS, da cuenta de los avances logrados hasta setiembre de 1998, hace referencia al seguimiento de la dinámica.

La RS se inició en 1996 por la propuesta de creación del SNS por parte del Ministro de SP y BS, siendo los principales protagonistas el propio Ministro y la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. En diciembre de 1996 se promulgó la Ley 1032 que crea el SNS, como parte de la estrategia de RS. Su finalidad es prestar atención de salud a todas las personas con equidad, oportunidad, eficiencia y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. Pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones inter e intrasectoriales concertadas.

La coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud (CNS), formado por todas las instituciones del sector y otras relacionadas (Ministerios de Hacienda y Educación, Secretaría Técnica de Planificación, etc.), y presidido por el Ministro de SP y BS. Las estrategias de la anterior administración del MSP y BS (hasta Agosto de 1998) han consistido en: i) fortalecer la rectoría del MSP y BS en el proceso de descentralización, participación social y búsqueda de la equidad; ii) dar prioridad la asistencia sanitaria básica en los sectores sin cobertura; iii) desarrollar los RRHH; iv) fortalecer los sistemas locales de salud con base en la participación ciudadana; v) establecer un sistema nacional de informaciones en salud; vi) crear el Sistema Nacional de Salud (SNS) para complementar y coordinar a todos sus actores, mejorar la atención y ampliar las coberturas de los servicios.

El CNS tiene un plan de trabajo que orienta el desarrollo de actividades conducentes a la instalación del SNS. La RS se inscribe en el proceso de modernización del Estado. La Ley fortaleció el CNS ya existente, y creó entidades dependientes de él, como la Superintendencia Nacional de Salud (SUPNS), la Dirección Medica Nacional (DMN) y el Fondo Nacional de Salud (FNS, aun no reglamentado). El liderazgo del proceso fue asumido por el Ministro de SP y BS en su doble condición de Ministro y Presidente del CNS.

La OPS ha cooperado con el desarrollo e implementación del plan de trabajo y las reglamentaciones del CNS, con las propuestas de creación de la SUPNS, la DMN del CNS, y de los Consejos Regionales (CRS) y Locales (CLS). Otras propuestas como la organización de servicios por niveles de complejidad y el sistema de referencia y contrarreferencia se diseñaron a través del proyecto MSP y BS/BID, con cooperación de OPS.

g. Seguimiento de los contenidos

a. Marco jurídico:

Las principales normas jurídicas que tienen relación con la reforma sanitaria son: La Ley 1032 de 1996 de creación del SNS; el Decreto 19966/1998 que reglamenta la descentralización sanitaria local; el Decreto 20553/1998 que reglamenta la Superintendencia de Salud; el Decreto 21376/1998 que establece la nueva organización funcional del MSP y BS, y el Decreto 22369/1998 que establece las funciones de la DMN. El Decreto 19966/1998 define la equidad en su artículo 8 cómo “orientar los recursos disponibles en todos los niveles de atención, para la prestación sanitaria integral de la población, sin discriminación política, económica o social”. El Decreto menciona en algunos párrafos la coordinación interinstitucional (dentro del sector) pero no hay referencias a la intersectorialidad.

ii. Derecho a los cuidados de salud y aseguramiento:

El derecho a la salud fue establecido en la Constitución Nacional de 1992. La Ley 1032 señala que el SNS se crea en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud a toda la población. Aun no se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlo y hacerlo accesible a la población. No obstante se han diseñado programas específicos de aumento de cobertura, con prioridad para la población, materno - infantil en 11 Departamentos del país donde vive el 72% de la población mediante convenios con el BID y BIRF. Existe el propósito de diseñar un Plan garantizado o Conjunto básico de prestaciones.

iii. Rectoría:

Se ha revisado el ejercicio de la función rectora en salud y las funciones del MSP y BS, y el Decreto 21376 establece su nueva organización funcional. En estos momentos se está diseñando la nueva estructura orgánica del MSP y BS. Además, la Ley 1032 del SNS creó la SUPNS, la DMN y el FNS, dependientes del CNS que preside el Ministro de SP y BS.

Aun no se han tomado acciones orientadas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos a los diferentes niveles de decisión.

iv. Separación de funciones:

Las funciones de financiamiento serán asumidas por el FNS (aun no reglamentado); las de aseguramiento estarán bajo la supervisión y control de la SUPNS; la provisión de servicios de salud podrá ser responsabilidad de instituciones públicas y privadas. No están previstos nuevos mecanismos para fortalecer la rendición de cuentas.

v. Modalidades de descentralización:

El MSP y BS esta transfiriendo recursos físicos y financieros a 15 Municipios para ser administrados por los CLS. Esta transferencia, que excluye la de los RRHH, se realiza a través de la firma de “Acuerdos de Compromiso”. Los Municipios se comprometen a aportar el 5% de su presupuesto. Estos acuerdos entrarán en vigor el próximo diciembre. Por su lado, el IPS está estudiando un proyecto de delegación de autoridad a los Directores Regionales cuyo contenido aún no es conocido.

vi. Participación y control social:

La participación social es uno de los objetivos y una estrategia de la RS, y se concreta en los CRS y CLS reglamentados por Decreto - Ley, que tienen la responsabilidad de administrar los recursos físicos y financieros que les transfiere el MSP y BS, mediante los “Acuerdos de Compromiso”.

vii. Financiamiento y gasto:

Hasta el presente no se cuenta con procedimientos para la estimación periódica del financiamiento y el gasto sectorial agregado. Las cuentas nacionales ofrecen información periódica solo sobre el gasto público y el IPS no ofrece información periódica separada de su gasto en salud. No existen estudios actualizados sobre costo de prestaciones o sobre eficiencia en el gasto. En los hospitales del MSP y BS se encuentra en implementación el Sistema de Información para la Gestión (SIG) diseñado por OPS.

Medidas para modificar sustancialmente la composición del financiamiento, serán objeto de estudio y propuesta del nuevo Gobierno cuando se discuta la implementación del FNS.

viii. Oferta de servicios:

Se están definiendo aspectos parciales del modelo de atención tales como objetivos, funciones, recursos, régimen de atención y procedimientos que corresponden a cada tipo de establecimiento (dispensarios, puestos y centros de salud, hospitales distritales y regionales). Hasta el momento no se menciona la introducción de nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, ingreso a domicilio, u otras.

Se propone fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención, principalmente mediante la mejoría de los sistemas de comunicación y transporte entre los distintos niveles y establecimientos. El nuevo gobierno se orienta a centralizar la gestión de todos los programas en una Dirección General de Programas, en la que tendrá prioridad la atención materno - infantil y la de poblaciones rurales e indígenas.

ix. Modelo de gestión:

Están implementándose “Acuerdos de Compromiso” entre el MSP y BS y los CLS en 15 Municipios, según los cuales el MSP y BS delega la administración de recursos físicos y financieros de servicios bajo su dependencia, no así de los RRHH. En 8 establecimientos del MSP y BS se está implementando el SIG como instrumento de rendimiento de recursos, productividad y costos. Hasta el momento no se habla de privatizar la propiedad o gestión de establecimientos públicos. El IPS ha iniciado el análisis sobre la

factibilidad de subrogar a terceros algunos servicios concretos (p. ej. limpieza y alimentación).

x. Recursos humanos:

Aun no se han diseñado modificaciones en el proceso de formación de los RRHH para responder a las necesidades planteadas por la RS, excepto en lo que se refiere al personal técnico y auxiliar que es capacitado en el INS.

La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de RS respecto al tema de los RRHH ha sido escasa.

Hasta el momento no han sido introducidos cambios en materia de reclutamiento, asignación a puestos de trabajo, número de trabajadores, mecanismos de redistribución, despido u otros, aunque se encuentra en discusión un nuevo Escalafón para el personal del MSP y BS. Por otra parte se encuentra en elaboración un estudio de reingeniería del INS para convertirlo en el organismo rector en el campo de los recursos humanos, y el MSP y BS creó el programa de “El profesional excelente” que otorga incentivos para la instalación de médicos en áreas del interior en las que no existen suficientes recursos humanos. La Ley 1032 creó la SUPNS, responsable de la acreditación de establecimientos con criterios acordes a los objetivos de la RS.

xi. Calidad y evaluación de tecnologías en salud:

Hasta el presente, la RS no ha contemplado acciones específicas tendentes a mejorar la calidad técnica y la calidad percibida ni a desarrollar mecanismos de evaluación de las tecnologías en salud. De los establecimientos del MSP y BS solo el Hospital Nacional tiene Comité de control de infecciones, el Hospital de Clínicas (dependiente de la UNA) lo acaba de constituir y la SUPNS aún no comenzó a funcionar

h. Evaluación de resultados

La RS en Paraguay se encuentra en su etapa inicial siendo prematuro pretender evaluar resultados. Desde mediados de 1998 el CNS, con apoyo de la OPS, está tratando de desarrollar una propuesta de evaluación de la RS. El estudio de “Análisis de Sector Salud” concluido en junio de 1998 podrá servir como evaluación ex-ante.

Es necesario crear nuevas formas de ver, entender y registrar la realidad, pero no solo para comprender la causalidad y la determinación social, sino para generar la potencialidad política de una acción futura y una acumulación de fuerza que den sentido a la acción.

5. PRINCIPIOS Y VALORES PARA UNA POLITICA DE ESTADO

5.1 La promoción de la Salud

El más importante principio que guiará la reforma del Sistema Sanitario es la concepción de que la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo humano. La promoción de la salud es una acción política que se centra en el proceso de fortalecimiento de la gente para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla no solo como un bien individual sino como un bien público.

Por medio de las inversiones de recursos y acciones se busca actuar sobre los determinantes de la salud para crear una ganancia de la salud de la gente, para contribuir significativamente en la reducción de las desigualdades e inequidades, asegurando los derechos humanos y así contribuir al capital social. La finalidad ultima de la promoción es aumentar las expectativas de salud y disminuir las brechas entre las expectativas de los grupos de población y entre los países.

Los prerequisites para lograr una mejor salud son: la paz, la educación, la seguridad social, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso de recursos sustentable, la búsqueda de la justicia social, el respeto a los derechos humanos y la equidad. La pobreza es la mayor causa de la enfermedad. Debemos reconocer que los factores transnacionales de intercambio material impactan significativamente en la salud. Estos factores incluyen la integración a una economía global, el mercado financiero y el comercio, el acceso a la tecnología, de los medios de comunicación y la degradación ambiental debido al uso irresponsable de los recursos.

Adherimos a los principios enunciados en Ottawa señalando la necesidad del fortalecimiento de las políticas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el fortalecimiento de la acción comunitaria y social, el desarrollo de las habilidades personales y la re-orientación de los servicios de salud.

A nivel internacional se han definido las prioridades de la promoción de la salud en los siguientes puntos:

- a. Los sectores públicos y privados deben promover la salud por medio de políticas que busquen prevenir lesionar la salud de otros individuos, proteger el medio y asegurar la sustentabilidad en el uso de los recursos, restringir la producción y el intercambio de sustancias peligrosas y armamentos así como prácticas no saludables del mercado. Las políticas publicas deben proteger al ciudadano en el mercado y al individuo en su lugar de trabajo e incluir la evaluación del impacto de esas políticas en la equidad como parte de la política del desarrollo.
- b. Aumentar la inversión en el desarrollo sanitario, reflejando las necesidades de los grupos sociales mas desprotegidos.
- c. Consolidar y expandir las alianzas por la salud entre diferentes sectores y actores de la sociedad. Estas alianzas deben ser transparentes y se debe introducir la cultura de la responsabilización y la prestación de cuentas.

- d. Aumentar las capacidades de las comunidades y el empoderamiento de los individuos mejorando la disposición de tomar acción y en forma grupal influir en las decisiones sobre los determinantes de la salud. Mejorar las capacidades requiere educación en la practica, entrenamiento en el liderazgo y acceso a los recursos.
- e. Se debe además asegurar la infraestructura para la promoción de la salud.
- f. Las prioridades para las alianzas en salud son: aumentar la comprensión de los determinantes de la salud, apoyar el desarrollo de las redes para el desarrollo sanitario, movilizar recursos nuevos, acumular conocimientos las mejores practicas, promover la solidaridad de la acción y promover la transparencia y la responsabilidad pública.

Estos principios y valores tienen hoy aceptación mundial, pero deberá insistir en que su sola mención sin el ingrediente de la coherencia política en la acción se transforma en instrumento más de perversión (WHO, 1997).

5.2 Principios para la reforma

En ausencia de principios consensuados que guíen la reforma sanitaria, ésta quedaría al arbitrio de la administración del Estado o de grupos de interés que permean importantes decisiones que tienen que ver con las cosas publicas (WHO, 1996).

a. Centrado en valores :

Las reformas de los Sistemas Sanitarios deben ser orientadas por los principios de respeto a la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional..

b. Dirigido a la salud

Cualquier reforma importante debería estar dirigida a obtener ganancias en salud. La primacía y la protección de la salud deben ser los primeros compromisos de la sociedad.

c. Centrado en la gente

Las reformas en salud deben tomar en cuenta y responder a las necesidades de la gente, a través de procesos democráticos respondiendo a las expectativas acerca de la salud y la atención. Se debería asegurar la vocalización de los ciudadanos y elegir decisivamente el camino para el diseño y la forma de operación de los servicios. Los ciudadanos son responsables de su propia salud.

d. Focalizado en la calidad

La reforma debe tener como finalidad e incluir claras estrategias para un mejoramiento continuo de la calidad de atención a ser entregada cuidando las medidas de costo efectividad.

e. Basado en la sustentabilidad financiera

El financiamiento del sistema debe ser capaz de entregar servicios a todos los ciudadanos por mecanismos sustentables. La cobertura universal y el acceso equitativo son fines insoslayables, aunque basados en el uso eficiente de los recursos. No basta la eficiencia técnica solamente sin reconocer la legitimidad de la eficiencia social. Para garantizar la solidaridad el Estado debe jugar un importante rol en la integración del financiamiento de la salud.

f. Orientado a la atención primaria

La reforma con la filosofía y la estrategia de la Atención Primaria de Salud debe asegurar que los servicios de salud en todos los niveles protejan y promuevan la salud, mejore la calidad de vida, prevenga y trate las enfermedades, rehabilite a las personas y cuiden de los sufrientes en enfermedad terminal. Se debe mejorar la capacidad de toma de decisión de los pacientes en corresponsabilidad con los proveedores y promotores hacia una atención continuada en el ambiente más propicio.

g. Principio del cambio gerencial

El proceso de formulación de políticas necesita basarse en un amplio consenso incluyendo a los actores políticos y sociales como sea posible. Las decisiones para el desarrollo de las políticas, de la gestión y del funcionamiento de los servicios de salud deben basarse en las evidencias cuando éstas existan. La reforma debe ser evaluada periódicamente en forma transparente en relación con el público y no solo en el ambiente tecno-burocrático. El gobierno debe promover los ambientes de debate público sobre la reforma y asegurar una distribución equitativa de los recursos. Buscar formas de mejorar los modelos de atención, reorientar la función y distribución de los recursos humanos, fortalecer la gerencia y aprenden de las experiencias.

*La riqueza de ser pobre es la mejor manera de despertar la imaginación,
la creatividad; debemos contribuir a que despierten las conciencias
adormiladas por la perplejidad del desastre sanitario
Desarrollo de la teoría y la Práctica en Salud Pública. Quito, Setiembre de 1993*

6. HACIA LA REFORMA SANITARIA COMO POLITICA DE ESTADO

Los asuntos tratados en los capítulos anteriores, advierten sobre la necesidad de emprender una reforma sanitaria que de cuenta de las necesidades de la gente y la modificación de los condicionantes que tienen que ver con la situación de vida y salud de la población paraguaya.

El camino emprendido desde 1989 nos ha dejado numerosas lecciones que no podrán ser ya desatendidas a riesgo de repetir nuevamente algo más de lo ya conocido. La situación de crisis se ha vuelto crónica y la complejidad del escenario ha aumentado, mientras nuestras capacidades institucionales si no han mejorado al menos se mantienen insuficientes para afrontar el desafío futuro.

En este capítulo mencionaremos algunas pautas o asuntos que la política de estado en salud debería considerar a fin de tomar la predisposición necesaria para avanzar por un camino que al menos ocupara más de un decenio.

6.1 Pensar en el futuro

La simple suposición de que el futuro es incierto y de que elegimos y creamos los grandes rasgos del futuro mediante lo que hacemos o dejamos de hacer permitió a los técnicos comenzar a trabajar con los futuros en salud. Estas técnicas delimitan tendencias, escenarios, visiones y estrategias para afrontar el futuro en salud. En el desarrollo de las estrategias de cambio de los sistemas de salud se vienen utilizando estos estudios en los países desarrollados y aun en países latinoamericanos. Las tendencias son reconocidas como patrones de cambio en el tiempo de algo importante para el observador y los escenarios como las compilaciones de tendencias que presentan imágenes diferentes, mas integrales del futuro mas y creíblemente posibles nos permiten construir las visiones que en ultima instancia son enunciados inspiradores del futuro preferido de quienes lo subscriben. Aunque tiene algunas semejanzas con los planes estratégicos las visiones se caracterizan por el deseo de crear un ordenamiento de la realidad: en suma, la tantas veces mencionada frase “del país que queremos”. El rol de la visión es conducir la direccionalidad de las estrategias y es previa en su formulación al plan (OPS, 1991).

Las técnicas para el estudio de escenarios y visiones están disponibles desde inicios de la década, son poco costosas y su no aplicación posiblemente se deba a su desconocimiento por parte de las tecno-burocracias ministeriales.

Es posible aplicar con el apoyo de la Cooperación Internacional, en forma participativa en talleres presenciales o por medio de comunicación electrónica. (OMS, 1993 y OPS, 1991). Más aun,

las técnicas están integradas a la planificación estratégica de las agencias publicas sanitarias desde 1985 (Bryson, 1985).

6.2 Los policy makers

Los estudios de política sanitaria son casi inexistentes en nuestro medio, por lo que es fácil deducir las causas por las que una y otra vez el aprendizaje en la ejecución de las políticas publicas se realizan por ensayo y error. No existe memoria institucional. En ausencia de espacios académicos que estudien la política publica son las ONGs las que suplen aveces con muy escasos recursos esta deficiencia.

Invariablemente se refiere como la política de salud a un documento que lista según prioridades las acciones que se emprenderán en un periodo gubernativo. En ese juego los administradores actúan por intuición y sin la información recuperada de la evaluación de programas.

Aunque se reconoce que los estudios de políticas tienen un ámbito restringido de difusión y aplicación, no invertir en este campo es arriesgar nuevamente nuestra capacidad de aprendizaje como sociedad (Ham, y Walt, 1994). No solo estudiar los contenidos de la política como se venia haciendo, sino analizar como se hace la política (Walt y Gilson, 1994). Esto ultimo nos remite al análisis de los formuladores-decisores de política, de como actúan, que alianzas proponen y a que intereses representan.

¿Cómo se toman las decisiones de política de salud en Paraguay?. ¿Cuáles son los espacios de toma de decisiones?. ¿ A quienes representan?. ¿ Qué alianzas mantienen?. ¿ Cómo se forman los tomadores de decisión?. ¿ Qué información tienen?. ¿A quienes favorece?.

6.3. La tecnología de planificación

Si en el periodo del gobierno autoritario hasta 1989 se utilizaban los “planes libro” como productos de la planificación, de ahí en adelante todavía persiste un enfoque normativo de la planificación aunque ya en tamaño mas manuable. Aun con las repetidas advertencias de la baja calidad de la planificación en el Paraguay, ésta no se ha modificado substancialmente.

La falta de tradición académica, de investigación operativa y metodológica y las pocas exigencias del trabajo técnico probablemente contribuyeron a que al menos tres generaciones de métodos de planificación no llegaran a aplicarse correctamente en el Paraguay. Los modelos disponibles han ido evolucionando:

El Método CENDES-OPS en “Problemas conceptuales y metodológicos de la Programación en salud”. 1965

Formulación de Políticas de Salud, 1975

Implicaciones para la planificación y administración de los Sistemas de Salud.. 1990

La Planificación Estratégica Situacional de C. Matus

Los desarrollos posteriores a la trilogía de C. Matus (PES-Reingeniería Marco Lógico de Proyectos). La acción comunicativa y la planificación social..

Nuevos instrumentos para la planificación participativa ofrecerán en el futuro una gama mas amplia de posibilidades para el enriquecimiento de la planificación (WB).

6.4 La reforma del Estado

La Reforma Sanitaria huelga decirlo, debe incluirse en el marco de la Reforma del Estado Paraguay cuyos delineamientos se vienen estudiando en un Proyecto de la STP (1998).

Las demandas que se plantean al aparato público a partir de las crisis económicas y los procesos de democratización están fuertemente relacionadas a las instituciones que proveen la política social. El aparato público sanitario aunque debe sufrir importantes cambios para adecuarse a las necesidades actuales, no admite el análisis de lo que se ha dado en llamar “los debates trampas” según B. Kliksberg.

“El tema real no parece ser el tamaño, grande, mediano o pequeño sino el de reanalizar el rol histórico del Estado en función de las nuevas condiciones planteadas por la crisis económica y la democratización y llegar a conclusiones concretas sobre el perfil del estado deseable. El debate sobre rol y capacidad de gestión parece un camino mucho mas fecundo en posibilidades que el “debate trampa” del mero tamaño” (Kliksberg, 1989).

La Reforma del aparato público en salud antes que debilitar su función en la producción de servicios, deberá centrarse en:

- a. Reforma del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, sobre la base de un proyecto que actualmente estaría en etapa de borrador, y que describe un breve diagnóstico aún sin explicación causal (OPS, 1999). La reforma del Ministerio se podrá beneficiar de los métodos aplicados en un estudio reciente de una institución nacional (SAS) la se basa en la modernización de la gestión social, cuyo análisis de problemas se realiza mediante la Planificación Estratégica Situacional proponiendo modificaciones en la organización de dicha institución (CEPAL, 1998).
- b. Desarrollo de la descentralización, aplicando medidas de control del desarrollo del proceso y evaluación periódica de los resultados. Una experiencia latinoamericana reciente en la capacitación de actores locales podrá mejorar las capacidades de gestión en los consejos regionales y locales de salud. La Escuela de Gobierno, una experiencia de capacitación a distancia es un enfoque prometedor para el desarrollo de esa capacitación.
- c. Programas de Transparencia en la Gestión, como parte de un gran programa estatal, que focalice su atención en las particularidades de la corrupción observada en los servicios sanitarios. El BID lleva adelante un estudio cualitativo y cuantitativo para determinar los mecanismos de corrupción en el sector salud en América Latina (BID). Así, numerosas acciones más que el debate publico podrá sumar, pueden contribuir a la tarea de reconstrucción del estado y la sociedad. No iniciar el debate es otra forma de traicionar nuestras utopías.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Celia M. (1995) Los modelos de reforma sanitaria en los años 80s. Un análisis Crítico. Mimeo. Nov.
- Almeida, Celia M. (1996) Novos Modelos de atenção a saúde. Bases conceptuais e experiencias de mudança. En: Política de Saúde e inovação Institucional. Uma Agenda para os anos 90s. ENSP (69-98).
- Almeida, Celia M. (1996) Relatório de Grupo de Trabalho ad hoc sobre reforma do setor saúde na região da América Latina, Brasília, OPAS, Set.
- 8th. Annual Public Health Forum. 21-14 apr.1998. Reported by Gonzalez B. London.
- Armstrong, P. and Armstrong, H. (1999) Decentralized health care in Canada, BJM (318), 1201-4
- BID. Transparency and accountability; the case of public hospitals in Latin America. <http://www.idb.org>
- BJM (1998) Editorial. Economic globalization and its effect on health, (316), 1401-2.
- BJM (1999) Editorial. Devolution in Swedish Health Care., (318) 1136-7.
- BM: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. (1993) Invertir en Salud.
- Bryson JM and Reoring WD. (1985) Public Administration Review. Nov-Dec 995-1004,
- Buchanan, J.M. (1992) Toward analysis of closed behavioral system. In: Theory of Public Choice. Political applications of Economics. Ed. J.M. Buchanan and R.D. Tollison. Ann Arbor. The University of Michigan Press.
- Capote, R y Granados T, R. (1996) La salud pública en el Siglo XXI, Tendencias y escenarios. OPS/OMS, abril.
- Carrizosa.A. (1995) Una propuesta para la reforma del sector Salud. Abril. Mimeo.
- CEPAL. (1998) Gestión de Programas Sociales en América Latina. Serie Políticas Sociales 25, Vol 1.
- Figueira, C y Lombardi, M. (1996) Social Policy in L.A. IDRC.

- Figueras, J.M y Saltman, R.B. (1998) Tendencias actuales en las reformas de los Sistemas de Salud.
Rev. Adm. San. 11(8).
- Franco, R. (1996) Los paradigmas de la política social en América Latina. Revista de la CEPAL (58)
9-22.
- Frenk, J et al. (1997) The new world order and international health. In, BJM, Vol 314 (7091) 1-8.
- González, M. (1996) La descentralización de los servicios de salud en Paraguay. Análisis y Recomendaciones de Política. Febrero..
- González Block, M.A. (1998) Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reform. ICHSRI.
- Ham, C. Analysis of Health Policy- principles and practice. Sacnd.J. Soc. Med. Suppl. N° 46, 62-66
- Infante, A.C. (1998) Las reformas de Salud en América Latina. Rev. Adm. San. 11 (8) 77-95.
- Jovell, F. (1998) Avanzando hacia una sanidad mejor. Rev. Esp. Salud Pública.
- Kliksberg, B. (1989) ¿Cómo Transformar el Estado?. Más allá de mitos y dogmas. México. FCE.
- Koivusalo, M. (1999) Decentralization and equity of health care provision in Finland. BJM (318),
1198-200.
- Matus, C. (1993) Estrategia y Plan. 10ª. Edición. México, Siglo XXI Ed.
- Morales G, D. Social Policy in a Global Society. Developmnet and Social Reform in the context of Globalization. IDCR.
- MSPyBS (1998) Política Nacional de Salud. 1998-2003, Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- OMS (1993) Health Futures in support of health for all.
- OPS (1991) Serie de Informes Técnicos N°6. Pensar sobre el Futuro de la salud y la Atención de Salud: SGT Health Futures.
- OPS (1992). Serie de Informes Técnicos N°6. Pensar sobre el Futuro de la salud y la Atención de Salud: Tendencias, Escenarios, Visiones y Estrategias.

- OPS (1993) Salud y Desarrollo en Paraguay .Hacia un Sistema Nacional de Salud.
- OPS (1998) Paraguay. Perfil del Sistema de Servicios de Salud
- OPS (1999) Informe de Consultoría sobre Plan de Desarrollo Institucional.
- Oslak, O. y O'Donnell, G. Estado y Políticas Estatales en América Latina. Hacia un estrategia de Investigación. CEDES/ C.E. CLACSO/Nº 4. Mimeo.
- Polledo, J.J. (1998) El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI. Rev. Esp. Salud Publica.(1-7).
- Reverte Cejudo, D. and Sanchez Bayle, M. (1999) Devolving health services to Spains autonomous regions. BJM (318) 1204-5.
- Rondinelli et. al. (1998) En, La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. CEPAL.
- Salisbury, RH. (1968) Political Science and Public Policy. Ed., Chicago, Ranney. Markhom Publ.
- Salud Pública de México (1998) Editorial, Vol 40 (6), nov-dic.
- STP (1998) Proyecto Plandes. Programa de Visión Estratégica, Asunción, Secretaría Técnica de Planificación.
- Tendencias, Escenarios, Visiones y Estrategias.1992.
- Torres, M.(1996) Social Policy in a time of uncertainty. IDRC.
- Uthoff, A. (1995) Reforma a los Sistemas de Pensiones en América Latina. Revista de la CEPAL.
(56) 43-58.
- Walt,G. (1994) How far does reserach influence policy? European Journal of Public Health 4:233-235.
- Walt, G and Gilson, L. (1994) Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 9 (4): 353-370.
- Walt, G. (1994) Health Policy. An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johanesburg, London and New Jersey.

WB Methods and Tools for social assesment and participation. World Bank.
<http://www.worldbank.org/html/edi/soucebook/sbhome.html>

WHO (1996) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. June.

WHO (1997) The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century

Wolvaardt,G. (1998) Opportunities and challenges for developing countries in the health services sector (63-70) In: UNCTAD-WHO. International trade in health service. A development perspective. Geneva.